Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

9342

Dermatologische Zeitschrift

Begründet von O. LASSAR

Unter Mitwirkung von

A. Alexander-Berlin; J. Almkvist-Stockholm; Ed. Arning-Hamburg; F. Bering-Essen; S. Bettmann-Heidelberg; Fr. Blumenthal-Berlin; H. Boas-Kopenhagen; C. Bruck-Altona; C. Bruhns-Berlin; E. Bruusgaard-Kristiania; C. Cronquist-Malmö; J. Darier-Paris; K. Dohi-Tokio; S. Ehrmann-Wien; J. Fabry-Dortmund; W. Frieboes-Rostock; R. Frühwald-Leipzig; O. Gans-Heidelberg; W. Gennerich-Kiel; C. Grouven-Halle; C. Gutmann-Wiesbaden; R. Habermann-Hamburg; L. Hauck-Erlangen; J. Heller-Berlin; W. Heuck-München; H. Hübner-Elberfeld; A. Jesionek-Gießen; A. Jordan-Moskau; F. Juliusberg-Braunschweig; W. Kolle-Frankfurt a. M.; P. Linser-Tübingen; H. Löhe-Berlin; R. Matzenauer-Graz; H. Meyer-Bremen; E. Meirowsky-Köln a. Rh.; G. Mieścher-Zürich; P. Mulzer-Hamburg; G. Nobl-Wien; A. Pasini-Mailand; F. Pinkus-Berlin; R. Polland-Graz; C. Rasch-Kopenhagen; E. Riecke-Göttingen; G. Rost-Freiburg; A. Ruete-Marburg; E. Saalfeld-Berlin; G. Scherber-Wien; W. I. Schmidt-Gießen; W. Scholtz-Königsberg i. Pr.; W. Schönfeld-Greifswald; H. W. Siemens-München; B. Spiethoff-Jena; C. Stern-Düsseldorf; A. Stühmer-Münster; G. Stümpke-Hannover; L. Török-Budapest; H. Vörner-Leipzig; J. Werther-Dresden; Ch. J. White-Boston; K. Zieler-Würzburg; F. Zinsser-Köln a. Rh.; L. von Zumbusch-München

und in Gemeinschaft mit

G. Arndt Berlin **L. Arzt** Wien **B. Bloch** Zürich **A. Buschke** Berlin **K. Herxheimer** Frankfurt a. M. **V. Klingmüller** Kiel

Herausgegeben von

Erich Hoffmann
Bonn

Band LI

Mit zahlreichen Abbildungen im Text und 6 Tafeln

BERLIN 1928
VERLAG VON S. KARGER
KARLSTRASSE 39

Digitized by Google

Alle Rechte vorbehalten.

Pierersche Hofbuchdruckerei Stephan Geibel & Co., Altenburg (Thür.).

Digitized by Google

Inhaltsverzeichnis.

Seite

Originalarbeiten.

Berman, Lazar, Über einen Fall von gonorrhöischer Keratose der Haut und Mundschleimhaut 420
Cueni, Silver, Zur Kenntnis der Pathogenese der Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens (E. Hoffmann) und ihrer Beziehungen zur Acne conglobata. (Hierzu Tafel III—VI) 94
Curtius, F. und Strempel, R., Gleichzeitiges Vorkommen von Morbus Recklinghausen und Epidermolysis bullosa traumatica hereditaria dystrophica in einer Familie 402
Dörffel, J., Experimentelles und Klinisches über Krampfaderverödung. (Hierzu Hafel I u. II) 41
Frühwald, Richard, Beitrag zur sog. Spirochaetosis arthritica (Reiter). 35
Hämel, J, siehe Zieler, K.
Heller, Zur Kasuistik seltener Nagelkrankheiten. XVIII. Dystrophia ungium mediana canaliformis 416
Hoffmann, E. und E. Zurhelle, Über Versuche, das Lama mit Syphilis zu infizieren. (Abschließender Bericht.) 1
Jordan, Arthur, Hautschädigungen bei Post- und Telegraphenangestellten. 193
Jung, Fritz, Zur Kasuistik der Fox-Fordyceschen Krankheit. 112
Kadisch, E., Beitrag zur Morphologie, Lebensdauer und Diagnostik der Spirochaeta pallida 117
Konrad, Josef, Ein Beitrag zur Kenntnis des Granuloma annulare . 190
Marchionini, Alfred und Fritz Stern, Bikolorierte Harzkolloidreaktionen des Liquor cerebrospinalis 81
Marx, Otto, Über eine bullöse Hauterkrankung in Strandbädern . . . 345
Mgaloblischwili, Paat, Über die Leicheninfektion mit Syphilis . . 167
Memmesheimer, A. M. und G. Theissing, Die Bedeutung klinischer Untersuchungen am achten Gehirnnerven für die Diagnose und Prognose der frühsyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems mit besonderer Berücksichtigung des Baranyschen Zeigeversuches und ihre Beziehungen zu Liquorveränderungen 17
Mohrmann, Bernward H. U., Zwei Fälle von unterminierter Narbenbildung nach chronischer Eiterung (Perifolliculitis abscedens et suffodiens) 336
Napp, V, siehe Schreus, H. Th.
Piorkowski, Franz, Systematisierte Gefäßnaevi 198
Post, W., Positiver Bazillennachweis im Tierversuch bei einem Fall von Lupus miliaris disseminatus faciei 202
Riehl, jun. G., Über Carcinoma in Lupo erythematoso. 161
Rohrbach, Rich., Der heutige Allergiebegriff und allergische Hautkrankheiten. 424
Roques, K. R. von, Fox-Fordycesche Krankheit und Neurodermitis . 108
Schreiner, Karl, Zur Frage der Impetigo herpetiformis. 340

Digitized by Google

Seite
Schreus, H. Th. und V. Napp, Kurmaß und Liquor 321
Stern, Fritz, siehe Marchionini, Alfred.
Strempel, R., siehe Curtius, F.
Theissing, G., siehe Memmesheimer, A. M.
Tzschirntsch, Kurt, Über Favus corporis durch Achorion gypseum 331
Zieler, K. und Hämel, J., Die Spezifität der Tuberkulinreaktion . . 4
Zurhelle, E., siehe Hoffmann, E.

Gesellschaftsberichte.

Berliner Dermatologische Gesellschaft. Sitzung vom 8. III. 1927. 49
— — vom 10. V. und 14. VI., Nachtrag zur Sitzung vom 8. II. 1927 . . 208
— — vom 12. VII. 1927 346
15. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft und 50jährige Wiederkehr der Einführung regelmäßiger dermatologischer Vorlesungen an der Universität Bonn 78
Vorläufiger Bericht über den 15. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft vom 4. bis 8. September 1927 in Bonn 157
Bericht über den 15. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft vom 4. bis 7. September 1927 in Bonn 241
Anhangsbericht zum Bonner Dermatologenkongreß. 375
Tagung der südwestdeutschen Dermatologen in Marburg am 19. und 20. März 1927 124
Frühjahrstagung der Vereinigung rheinisch-westfälischer Dermatologen in Köln am 6. März 1927 130
Kölner Dermatologische Gesellschaft. Sitzungen vom 25. II., 27. V., 24. VI. und 29. VII. 1927. 228
Gesellschaft für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Kiew. Sitzungen vom 6. und 22. III. 1927. 232
Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie. Sitzungen vom 13. I., 10. II. und 10. III. 1927 235
Royal Society of Medicine. Section of Dermatology. Sitzungen am 21. X., 18. XI., 16. XII. 1926, 20. I., 17. II., 17. III 1927. 359

Periodische Literatur. Zusammengestellt von Dr. Arthur Alexander-Charlottenburg 58, 136, 275, 378, 437
Buchbesprechungen 77, 153, 317, 398, 463
Personalien und Tagesnachrichten 80, 160, 320, 400, 465
Sachregister 467
Namenregister 476

Digitized by Google

I.

(Aus der Hautklinik der Universität Bonn.)

Über Versuche, das Lama mit Syphilis zu infizieren.

(Abschließender Bericht.)

Von

ERICH HOFFMANN und EMIL ZURHELLE.

Über Nachprüfung der Angaben der argentinischen Ärzte *Jáuregui* und *Lancelotti*[1]), wonach das südamerikanische Lama ein für Syphilis besonders empfängliches Versuchstier sei, und sein Serum auch die Heilung der Syphilis unverkennbar befördern solle, haben außer anderen Autoren auch *wir*[2]) schon 1926 berichtet; alle unsere Bemühungen an einem jungen, völlig gesunden männlichen Lama, das wir 1¼ Jahr alt aus dem Kölner Zoologischen Garten erwarben und mit menschlichem und Kaninchenserienvirus (Truffistamm) nach den verschiedensten Methoden mit großen Massen von Spir. pall. impften, sind völlig *negativ* ausgefallen.

Der *erste* Versuch fand am 20. 2. 1926 durch Skarifikation an der After- und Präputialhaut mit Papelsekret vom Menschen statt, der *zweite* durch Einbringung von Stückchen menschlicher Genitalpapeln in Hodensacktaschen am 16. 4., der *dritte* in gleicher Weise durch große Kaninchenschankerstücke am 8. 6., der *vierte* durch Injektion spirochätenreicher Emulsion von Kaninchenschankern unter die Conjunktiva am 16. 7. 1926, und endlich der *fünfte* durch Einführung von zwei großen Stücken eines Kaninchenschankers in die rechte vordere Augenkammer am 7. 1. 1927. Alle diese Versuche waren völlig ergebnislos; über die ersten vier gibt unsere vorher genannte Arbeit schon Auskunft; bei der *fünften* stellte sich alsbald eine totale traumatische Trübung der *Kornea* ein, die sich allmählich in zwei Wochen wieder ganz aufhellte, und die beiden Stückchen wurden völlig und spurlos resorbiert. Genaueste Untersuchung auf Spir. pall. ließ in den subkutan eingeimpften Stückchen nur wenige Tage noch Parasiten erkennen; später waren sie auf keine Weise, auch nicht durch Drüsenpunktion, mehr nachweisbar.

Auch die mehrfach vorgenommene Untersuchung der Impfstellen und *Überimpfung von Leistendrüsen* des geimpften Lamas auf gesunde Kaninchen war jedesmal erfolglos (am 12. 5., 7. 6. 1926 und 7. 2. 1927); ferner zeigten die Drüsen bei frischer Untersuchung und im Silberschnitt keine

Digitized by Google

Spir. pall. Aber auch histologische Zeichen, die auf eine Haftung oder lokale Wirkung des Virus (Plasmazellen, Gefäßveränderungen) gedeutet hätten, wurden weder an der Haut noch in den Lymphdrüsen gefunden.

Häufige Untersuchungen des Blutserums ergaben stets negative Sachs-Georgi- und Meinicke-Reaktion bei negativer, zweifelhafter oder schwach bis mäßig positiver WaR. Auch der häufig entnommene *Liquor* zeigte stets *negative* WaR. (0,2—1,0), negative Goldsol- und Mastixreaktionen bei etwas erhöhter Zellzahl (27—37/3, gelegentlich 47/3) und meist negativen Eiweißproben *(Nonne, Pandy)*. Irgendein Ansteigen dieser Reaktionen, die, wie beim Kaninchen, auch beim Lama etwas schwanken, jedoch nicht stark positiv sind, als Folge der Impfungen war nicht festzustellen.

Daß unsere Versuche, mit dem Lamaserum eine Abschwächung der Spir. pall. zu erzielen, negativ ausfielen, haben wir auch schon früher berichtet; ebenso konnten wir die behauptete besondere Eignung für Kulturen der Spir. pall. nicht bestätigen.

Inzwischen ist das Tier am 3. Juli 1927 an einer Pteripharyngitis und Pneumonie gestorben; bei der im hiesigen pathologischen Institut (Prof. *Ceelen* und Dr. *Rotter*) gemachten sorgsamsten Sektion konnten Spuren einer syphilitischen Erkrankung nirgends gefunden werden; auch Gefäß- und Nervensystem sowie Lymphdrüsen zeigten keine verdächtigen Veränderungen. In den verschiedensten Organen, auch im Gehirn, Rückenmark und der Aortenwand, konnten weder Spir. pall. noch Plasmazellen gefunden werden (*Zurhelle*).

Nachdem zunächst *Doléris*[3]) in Paris die Versuche der argentinischen Ärzte als bedeutsam hingestellt hatte, sind nun außer unseren eigenen negativen Ergebnissen auch von anderen Autoren solche veröffentlicht worden; am wichtigsten sind die von *Bosellini*[4]), *Lombardo* und *Pasini* an einer *großen Zahl von Tieren* in Italien angestellten Versuche, die ebenso wie die *Kolles* u. a. (briefl. Mitteilung) ganz erfolglos blieben. Auch im Blutserum und bei intraokularer Impfung konnte *Bosellini* charakteristische Veränderungen nicht erkennen; der Liquor wurde von ihm und anderen Autoren anscheinend nicht geprüft. Dagegen haben sie, ebenso wie *Mulzer*[5]), *Worms*[6]) u. a. das Blutserum des Lamas als unwirksam und nicht heilkräftig gegen Syphilis befunden; vor seiner Anwendung ebenso wie vor der des *Quéry*serums, das immer noch unerfahrenen Therapeuten von gewissen Stellen aus angepriesen wird, habe ich schon in meiner früheren Arbeit ausdrücklich gewarnt.

Nach allen diesen mühevollen Versuchen kann nun wohl bestimmt gesagt werden, daß das *Lama*, das auch für das Stu-

Digitized by Google

dium der Paralyse, Aortitis, Lues congenita und die Therapie der Syphilis so bedeutsam sein sollte, bei uns in Europa sich als *unempfänglich für Syphilis* erwiesen hat. Aber auch von Amerika (Buenos-Aires) aus ist eine Bestätigung der aufsehenerregenden Angaben von *Jáuregui* und *Lancelotti* nicht erfolgt. Es bleibt daher nur die Annahme übrig, daß die Autoren *einem Irrtum zum Opfer gefallen* sind, und es darf auf Grund der Nachprüfungen gesagt werden, daß das *Lama kein für die Syphilisforschung geeignetes Tier und sein Serum therapeutisch unwirksam* ist. Aber auch als Schmarotzer bei symptomloser Erkrankung vermögen sich nach unseren sorgsamen Impfexperimenten vom Lama auf gesunde Kaninchen die Spir. pall. im Organismus (Lymphdrüsen) nicht lebend zu erhalten.

Schlußsätze. Die Empfänglichkeit des Lamas für Syphilis hat sich trotz massiger vielfacher Impfung nicht erweisen lassen. Auch sein Serum hat weder schützende noch heilende Wirkung. Jede Serumtherapie der Syphilis ist bisher abzulehnen; die *Chemotherapie* mit Salvarsan und Wismut in Form der *maximalen Frühbehandlung* gibt im primären und sekundären Stadium, wie aus der *wichtigen Statistik* von *Zurhelle* und *Krechel*[7]) und *eigenen über 17 Jahre sich erstreckenden Kontrollen an Privatpatienten (E. Hoffmann)* hervorgeht, treffliche, auch durch sorgsame Liquorkontrolle erwiesene Dauererfolge[8]).

Literaturverzeichnis.

[1]) Bull. de l'acad. de med. Bd. 92, ref. Ztrlbl. f. Hautkrankh. 18. 693. — [2]) Derm. Ztschr. 49. 129 (hier frühere Literatur). — [3]) Bull. de l'acad. de med. 93. No. 10. — [4]) Bull. e atti della reale Accad. med. di Roma 1926—27. — [5]) Klin. Wschr. 1926. Nr. 41. — [6]) Deutsch. med. Wschr. 1927. Nr. 23. — [7]) Derm. Ztschr. 49. 305. 1927. — [8]) Wie kann die Menschheit von der Geißel der Syphilis befreit werden? Berlin 1927. J. Springer.

Digitized by Google

II.

(Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Universität Würzburg [Vorstand: Prof. Dr. *Karl Zieler*].)

Die Spezifität der Tuberkulinreaktion.

Von

K. ZIELER und J. HÄMEL.

Zu den diagnostischen Hilfsmitteln, die durch Zuverlässigkeit und Einfachheit der Ausführung sich bald Eingang in die Praxis verschafft hatten, gehört seit einigen Jahrzehnten die Tuberkulinreaktion. Für den Dermatologen war sie von jeher von besonderer Bedeutung. War es doch gerade an der Haut (mehr als an fast allen anderen Organen) besonders leicht und einfach, durch subkutane AT-Zufuhr und Beobachtung der „Aufflammung" eines fraglichen Herdes dessen Zugehörigkeit zur Tuberkulose zu erkennen. Von ähnlicher, allerdings etwas andersartiger Bedeutung sind die kutanen Tuberkulinreaktionen (*v. Pirquet* usw.). Sie haben eine noch viel weitergehende Anwendung gefunden. In den letzten Jahren sind nun wieder Zweifel an der fast allseitig anerkannten Spezifität dieser Tuberkulinreaktionen geäußert worden. Daher haben sich erneut eine Reihe von Arbeiten mit dieser Frage beschäftigt und in eingehenden Versuchen die Berechtigung der verschiedenen Einwände geprüft. Auf Wunsch des Herausgebers besprechen wir deshalb diese Frage zum Teil an der Hand bisher noch nicht veröffentlichter Ergebnisse.

Robert Koch[8]), durch dessen zweiten Grundversuch die Voraussetzungen zur Tuberkulindiagnostik geschaffen worden waren, hat später selbst die Spezifität der Tuberkulinreaktion angezweifelt. Er berichtet, daß nach Injektion einiger Milligramm des von ihm hergestellten „reinen Tuberkulins" auch bei gesunden erwachsenen Menschen Reaktionen und zum Teil ganz bedrohliche Allgemeinerscheinungen aufgetreten seien. Heute zweifelt niemand mehr daran, daß diese angeblich gesunden Menschen wie die meisten Erwachsenen „latent" tuberkulös gewesen sind, und daß in diesem Umstand der Grund zu den von *Koch* berichteten Reaktionen zu suchen sei. Das gleiche gilt auch für die Angaben von *Nikolas*[11]) und seinen Mitarbeitern, die bei angeblich nicht tuberkulösen Syphilitikern Allgemein-

Digitized by Google

reaktionen auf subkutane AT-Gaben beobachtet haben und für ähnliche irrig gedeutete Beobachtungen [Näheres siehe bei Zieler[28])].

Eine genauere Besprechung verdienen jedoch alle jene Einwände, die sich gegen die Spezifität der Tuberkulinhautimpfung richten. Wenn wir einfach von „Tuberkulin" reden, so bezieht sich das auf das diagnostisch fast ausschließlich verwendete alte Kochsche Tuberkulin (AT). Obwohl schon *v. Pirquet*[10]) betont hatte, daß eine positive Hautreaktion sich niemals ohne pathologisch-anatomische Tuberkulose fände und von vielen Autoren die Übereinstimmung der Tuberkulinhautimpfung mit dem Ergebnis der subkutanen AT-Zufuhr hervorgehoben worden ist, so ist doch immer wieder behauptet worden, daß es tuberkulosefreie Menschen gäbe, die eine positive Tuberkulinhautreaktion zeigten. Wir möchten schon an dieser Stelle betonen, daß nur solche Hautreaktionen als echte Tuberkulinreaktionen aufgefaßt werden, die in ihrem klinischen Ablauf folgendes zeigen: Höhepunkt erst nach 48 Stunden oder wenigstens mindestens 48 Stunden anhaltend [*Zieler*[27]), *Bessau*[1]) und andere], dann langsamer Abfall; Aufflammung nach subkutaner Tuberkulinzufuhr. Gerade dieser Punkt ist besonders wichtig, damit „Pseudoreaktionen" ausgeschlossen werden können.

Daß wir daher die von Kinderärzten [*Nothmann*[13]), *Engel* und *Bauer*[4])] beobachteten Tuberkulinreaktionen bei tuberkulosefreien Säuglingen, die an exsudativer Diathese litten und an Ekzem erkrankt waren, nicht als echte Tuberkulinreaktionen auffassen können, ist einleuchtend, wenn man hört, daß diese Reaktionen mit großer Flüchtigkeit verliefen und daß Tuberkulingaben bis zu 10 mg weder zu Allgemeinreaktionen noch zur Aufflammung der Impfstellen geführt haben. Auch die klinischen Beobachtungen an Säuglingen, die meist in ihrer ersten Lebenszeit sich gegen Tuberkulin negativ verhalten und erst mit zunehmendem Alter entsprechend der allmählichen Tuberkulosedurchseuchung (*Naegeli, Burkhardt*) positiv reagieren, bilden eine Stütze für die Annahme von der Spezifität der Tuberkulinreaktion.

Hier müssen die Untersuchungen von *Moro* und *Keller*[10]) genannt werden, auf die sich *Selter*[22]) neuerdings beruft, ohne die gleichartigen und hinsichtlich des Ausfalls anders zu deutenden Untersuchungen von *Fernbach*[6]) usw. zu erwähnen.

Moro und *Keller* haben durch Simultanimpfungen von Kuhpockenlymphe und AT bei tuberkulosefreien Kindern „Tuberkulinempfindlichkeit" hervorrufen. Es handelte sich dabei ohne Zweifel um *unspezifische Reaktionen*, die als Ausdruck einer *Sensibilisierung gegen einen in der Glyzerinbouillon enthaltenen Stoff* aufgefaßt werden müssen. Denn abgesehen davon, daß es *Fernbach*[6]) gelungen ist, die gleiche Sensibilisierung durch einfache Glyzerinbouillon und Kuhpockenlymphe zu erzielen, haben sämtliche beobachteten Intrakutanreaktionen ihren Höhepunkt schon

Digitized by Google

nach 24 Stunden erreicht und konnten später durch intramuskuläre Nachprüfungen mit AT nicht mehr zum Aufflammen gebracht werden *(Fernbach)*. Auch *Nobel* und *Rosenblüth*[12]) weisen darauf hin, daß die Bouillonreaktionen bei tuberkulösen Kindern durch ihren Verlauf (Höhepunkt nach 24 Stunden) eine Verwechslung mit der echten AT-Reaktion nicht zulassen. Hierher gehören ferner die von *Zieler* und *Hämel*[33]) beschriebenen AT-Reaktionen bei Tuberkulosefreien nach kräftiger Vorbehandlung mit intramuskulären AT-Gaben. Sowohl der klinische Verlauf dieser Reaktionen als auch das fehlende Aufflammungsphänomen und schließlich noch der histo-

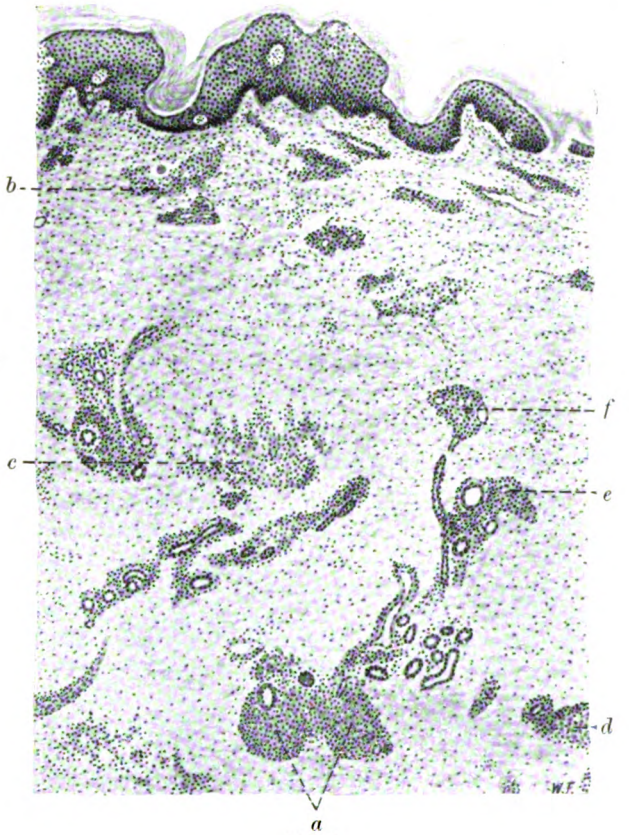


Abb. 1.

logische Befund (siehe weiter unten) lassen deutlich erkennen, daß es sich dabei nur um *unspezifische Eiweißreaktionen* handelte.

Trotzdem sind die Einwände gegen die Auffassung des Tuberkulins als eines Stoffes mit spezifischer Wirkung nicht verstummt. So hatte *Sorgo*[23]) früher die Tuberkulinreaktion lediglich als Ausdruck einer gesteigerten unspezifischen Giftempfindlichkeit der Haut aufgefaßt, die sich auch durch andere Toxine nachweisen lasse. Er begründete diese Anschauung vor allem damit, daß es ihm gelungen sei, nach subkutanen AT-Gaben, sowohl kutane als intrakutane Impfstellen durch Dysenterie- und Diphtherietoxin wie Tuberkulinimpfstellen zum Aufflammen zu bringen.

Digitized by Google

Diese zunächst unerklärlichen Ergebnisse *Sorgos* haben durch die Untersuchungen *Zielers*[26, 27]) eine einfache Deutung gefunden. Schon vor *Sorgo* hatte *Zieler*[26]) gezeigt, *daß zwar kutane Impfungen mit verschiedenen unspezifischen Stoffen* (Eiweißstoffe wie Nährbouillon usw., Staphylolysin, Mallein, Trichophytin) *klinisch ähnlich verlaufen können wie Tuberkulinhautreaktionen* (sowohl bei Tuberkulösen als auch bei Tuberkulosefreien!), *daß aber sowohl das histologische Bild als auch das Fehlen jeder Aufflammung nach subkutanen AT-Gaben den Unterschied zwischen diesen unspezifischen Reaktionen und den echten Tuberkulinreaktionen eindeutig zeige.* Besonders lehrreich war unter diesen Untersuchungen die Beobachtung an einem Kranken mit *chronischem Rotz, bei dem nach subkutanen AT-Gaben nur die Tuberkulinimpfstellen, nach subkutaner Malleinzufuhr allein die Malleinimpfstellen aufflammten,* und zwar mehrfach. Andere Untersuchungen *Zielers*[27]), die mit gleicher Technik, wie sie *Sorgo* verwendet hatte, ausgeführt wurden (Intrakutanimpfungen), ergaben in der Hauptsache das gleiche Ergebnis wie

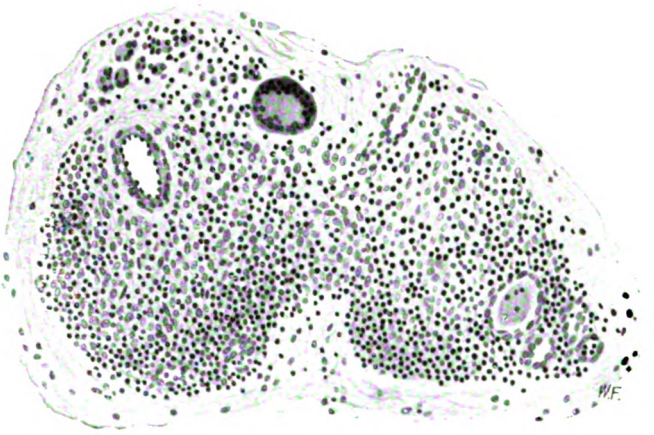


Abb. 2.

die früheren Untersuchungen, d. h. auch dieses Mal wurde *niemals Aufflammung durch AT an unspezifischen Impfstellen* beobachtet. *Wesentlich* war hierbei jedoch, daß *für die einzelnen Stoffe stets ungebrauchte Spritzen und Kanülen verwendet wurden.* Denn aus Spritzen, die einmal mit stärkeren Lösungen von AT in Berührung gekommen sind, lassen sich die an der Spritze noch haftenden Tuberkulinreste weder durch gründlichstes Reinigen, noch durch Auskochen entfernen. *Selter*[16]) hat ja später nachgewiesen, daß der wirksame Stoff im AT selbst durch Erhitzung auf 150° nicht zerstört wird! Die Annahme, daß die Ergebnisse *Sorgos* in der Verwendung von „Tuberkulinspritzen" ihre Erklärung finden, war daher naheliegend, besonders nachdem *Zieler* die gleichen Ergebnisse wie *Sorgo* auch dann beobachten konnte, wenn er *aus gründlichst gereinigten Tuberkulinspritzen gewöhnliche physiologische NaCl-Lösung in die Haut einspritzte. Die anatomischen Veränderungen sind hierbei die gleichen wie bei Verwendung kleinster AT-Mengen* ($^1/_{100}$ mg usw.).

Abb. 1. 28 Tage alte Intrakutanimpfung (latente Tuberkulose) mit physiologischer NaCl-Lösung aus einer „Tuberkulinspritze". Die Impfung war

Digitized by Google

klinisch fast 0, ist aber auf AT i. m. aufgeflammt, die Kontrollstelle dagegen nicht. Tuberkuloides Gewebe (a bis f) z. T. in Knötchenanordnung mit Langhansschen Riesenzellen (a, b) im Bereich des Gefäßbindegewebes. Übersicht 50fach.

Abb. 2 entspricht dem Herd a aus Abb. 1. 150fach.

Das geht aus Abb. 1 und 2 hervor. Gleiche Impfstellen mit physiologischer NaCl-Lösung aber unter Verwendung *neuer* Spritzen und *neuer* Platiniridiumkanülen haben niemals (bei den *gleichen* Kranken!) Ähnliches ergeben. Natürlich können, worauf *G. Ricker* hingewiesen hat, durch kleinste Glassplitter, Rost (aus Stahlkanülen) usw. einzelne „Fremdkörpertuberkel" entstehen. Niemals haben wir aber ein Bild gesehen wie in Abb. 1 und 2.

Die strenge Spezifität der Tuberkulinreaktion wurde späterhin von *Zielers* Schüler *Markert*[9]) durch Untersuchungen an Trichophytiekranken bekräftigt.

Markert beobachtete an einer Reihe von tiefen Trichophytien und Mikrosporien, die gleichzeitig mit AT und Trichophytin geimpft worden waren, nach subkutaner AT-Zufuhr nur eine Aufflammung von positiven AT-Impfstellen und in gleicher Weise nach subkutaner Trichophytineinspritzung nur Aufflammung positiver Trichophytie-Intrakutanimpfungen. Besonders erwähnenswert ist ein Trichophytiekranker, der *auf subkutane Trichophytinzufuhr mit Aufflammung einer lichenoiden Trichophytie antwortete, und zwar nur auf Trichophytin, nicht dagegen auf AT, trotzdem hiernach eine starke Allgemeinreaktion und eine kräftige Aufflammung der AT-Impfstellen beobachtet wurde.* Hier wäre eine „Pseudotuberkulinherdreaktion" nicht einmal verwunderlich gewesen, zumal das Krankheitsbild der lichenoiden Trichophytie eine weitgehende klinische und biologische Ähnlichkeit mit dem Lichen scrophulosorum besitzt und solche Pseudoreaktionen auf AT bei „tuberkuloider" Syphilis berichtet worden sind.

Durch diese Untersuchungen *Zielers* bzw. *Markerts* wird daher nicht nur die Spezifität der Tuberkulinreaktion eindeutig bewiesen, sondern es wird darüber hinaus noch gezeigt, daß auch Hautreaktionen mit Trichophytin bzw. Mallein beim Trichophytie- bzw. Rotzkranken als spezifische Veränderungen anzusehen sind.

In neuester Zeit hat nun *Selter* auf Grund mehrerer Beobachtungen wieder die Lehre von der Spezifität des Tuberkulins angezweifelt. Durch die oben besprochene Mitteilung *Sorgos* veranlaßt, prüfte er das Verhalten unspezifischer Intrakutanreaktionen nach subkutanen AT-Gaben bei tuberkulösen Menschen.

Dabei hatte er zunächst in Untersuchungen mit *Tancré*[20]) an tuberkulösen Kranken Dysenterietoxin und Pepton intrakutan verwendet, ohne eine Aufflammung dieser unspezifischen Impfstellen nach AT zu beobachten. In weiteren Versuchsreihen mit *Tancré*[21]) bzw. *Blumenberg*[3]) wurden Impfstoffe aus Tuberkelbazillen, Schildkrötentuberkelbazillen, saprophytischen säurefesten Milchbazillen und Kolibazillen hergestellt und auf tuberkulöse Menschen verimpft. Je ein unspezifischer Impfstoff wurde mit einem Tuberkel-

Digitized by Google

bazillenimpfstoff verglichen. Nach dem Abklingen der Impfreaktionen wurde dann subkutan mit Alttuberkulin bzw. Koliextrakt bis zum Auftreten einer starken Allgemeinreaktion nachgeprüft. Dabei zeigte sich, daß nach subkutaner Injektion von AT neben den spezifischen (TB) auch die unspezifischen Impfstellen, die durch Koli- und durch andere Bakterienverreibungen hervorgerufen waren, wieder aufflammten. Nach Injektion von Kolibazillenextrakten wurde von *Blumenberg* (allerdings nur bei zwei Fällen) ein Aufflammen nicht nur der Koli-, sondern auch der Tuberkelbazillenimpfstellen beobachtet.

Da auch die histologischen Untersuchungen der TB- und Kolibazillenreaktionen grundsätzlich das gleiche Bild (*Blumenberg*) ergeben haben, hält es *Selter*[19]) für bewiesen, „daß die unspezifischen Impfstoffe dieselben Entzündungserscheinungen wie die Tuberkelbazillen und Tuberkuline auslösen, und daß die Spezifität der Tuberkulinreaktion in diesem Sinne nicht mehr aufrechtzuerhalten ist".

Ob *Selter* und seine Mitarbeiter hierbei die von *Zieler* als notwendig erkannte technische Bedingung (Verwendung ungebrauchter Spritzen und Kanülen für jeden Impfstoff) eingehalten haben, erscheint nach der von ihnen ausgesprochenen theoretischen Kritik der *Zieler*schen Forderung zweifelhaft. Das würde manche Widersprüche erklären. Daß die Einhaltung der Forderung *Zieler*s für vergleichende Untersuchungen unbedingt notwendig ist, ist ja auch von anderer Seite [*Fernbach*[5]) usw.] betont worden.

Die von *Selter* geschilderten Beobachtungen veranlaßten *Zieler* und *Hämel* zu einer eingehenden Nachprüfung an einem möglichst großen klinischen Material. Die erste Versuchsreihe, über die bereits eingehend berichtet worden ist [*Zieler* und *Hämel*[33])] umfaßt 115 Kranke, eine zweite noch unveröffentlichte Serie 95. Die Herstellung des Impfmaterials erfolgte streng nach den Angaben *Selters* und *Tancrés* (Verreibungen von TB [nur bei 101 Kranken] und von Kolibazillen). Für jede Verreibung wurden außerdem neue, sonst noch nie verwendete Achatmörser, zu den Injektionen der verschiedenen Stoffe noch nicht gebrauchte Spritzen und Kanülen benützt. Ferner wurde AT und das nicht erhitzte Filtrat einer 8 Tage alten Kolibouillonkultur verwendet.

Das Ergebnis dieser Untersuchungen ist kurz folgendes: Schon die klinische Beobachtung im Ablauf der einzelnen Impfreaktionen ergibt einen deutlichen Unterschied zwischen der spezifischen Tuberkulinreaktion und den Reaktionen durch unspezifische Stoffe. AT- bzw. TB-Hautimpfungen haben niemals ein Abklingen im Verlaufe des zweiten Tages gezeigt; meist war der Höhepunkt nach etwa 48 Stunden erreicht, während sämtliche unspezifischen Reaktionen schon nach 24 Stunden ihr Höchstausmaß besaßen, um dann sehr rasch wieder abzuklingen (siehe z. B. Abb. 1 bei *Zieler* und *Hämel*). Das erlaubt zum mindesten den Schluß, daß den spezifischen und unspezifischen Reaktionen ganz verschiedene Bedingungen zugrunde liegen.

Digitized by Google

Kranke, die sicher frei von Tuberkulose sind*), haben auf AT und die von uns verwendeten Dosen von TB-Verreibung stets negativ reagiert, während sämtliche von uns geprüften Kranken unterschiedlos auch auf unspezifische Reizstoffe in genügender Giftigkeit ansprachen. Wenn AT, wie *Selter* und seine Schüler annehmen, vollkommen unspezifisch wäre, so müßte es beim Tuberkulosefreien genau so wie beim Tuberkulösen Reaktionen auslösen, was wir niemals beobachtet haben. Tuberkulin ist eben „unspezifisch" nur für Tuberkulosefreie, dagegen für Tuberkulöse ein durchaus „spezifischer Reizstoff". Das zeigen auch die Untersuchungen von *A. V. Frisch* [7]), der folgendes nachgewiesen hat:

Beobachtet man die Reaktionszeit (d. h. den zeitlichen Abstand zwischen Injektion und Höhepunkt der darauffolgenden Reaktion) beim Tuberkulösen (Lunge) nach AT, so findet man, daß dieser Zeitpunkt meist bei 30 Stunden liegt. Diese Reaktionszeit ist beim gleichen Kranken stets dieselbe, so oft auch Tuberkulin injiziert wird. Bei unspezifischen Stoffen jedoch (Yatrenkasein, Vakzineurin) ist die Reaktionszeit bedeutend kürzer, etwa 5—8 Stunden. Ähnliches wie *Frisch* haben wir nach Injektion von Kolibakteriensubstanz gesehen. Stets trat hiernach der Gipfelpunkt der Allgemeinreaktion etwa nach 3—12 Stunden ein. Nach 12—24 Stunden, also später, bzw. zu einem Zeitpunkt, an welchem die Allgemeinreaktion nach AT gewöhnlich erst zu beginnen pflegt bzw. sich auf dem Höhepunkt befindet, war die Allgemeinreaktion bei den mit Kolisubstanz geprüften Kranken meist schon wieder abgeklungen.

Diese Verschiedenheit zeigt deutlich, daß zwischen AT beim Tuberkulösen und den verschiedenen unspezifischen Reizstoffen, die ja auch beim Nichttuberkulösen wirksam sind, grundsätzliche Unterschiede bestehen.

Unsere Untersuchungen erlauben auch, einen weiteren Einwand gegen die Spezifität der Tuberkulinreaktion zurückzuweisen, der unter anderen von *Sorgo* erhoben worden ist.

Danach soll zwischen der Reaktionsfähigkeit der Haut auf Tuberkulin und auf andere Proteinkörper ein Parallelismus bestehen, insofern als schwache oder fehlende Tuberkulinempfindlichkeit mit schwacher oder fehlender Reaktionsfähigkeit auf Eiweißstoffe, starke Tuberkulinempfindlichkeit dementsprechend mit starker Eiweißempfindlichkeit der Haut einhergehen. In unseren großen Reihenuntersuchungen konnten wir dies keineswegs bestätigen (siehe z. B. Tabelle 1 bei *Zieler* und *Hämel*). *Starke Tuberkulinempfindlichkeit war mehrfach mit schwachen Reaktionen auf Koliextrakt verknüpft, und umgekehrt reagierten vollkommen Tuberkulosefreie oft stark auf Koliextrakte und andere unspezifische Eiweißkörper.* Eine besondere unspezifische Überempfindlichkeit tuberkulöser Menschen gegen Eiweißkörper ist daher keineswegs vorhanden oder höchstens bei einzelnen Kranken und kann dann eben

*) Über Feststellung der Tuberkulosefreiheit s. *Zieler* und *Hämel*.

Digitized by Google

nicht als durch die Tuberkulose bedingt angesehen werden. Daß einzelne Tuberkulöse auf unspezifische Reizstoffe stärker reagieren als der Durchschnitt der „Gesunden", soll nicht bestritten werden.

Wie *Zieler* schon in seinen ersten Arbeiten zu dieser Frage betont hat, ist das klinische Aussehen der Hautimpfung (siehe a. a. O.) nicht ausreichend, um daraus allein die Entstehung durch Tuberkulin zu erschließen und weiter die ausschlaggebende Bedeutung für die Diagnose Tuberkulose. Entscheidend ist die subkutane bzw. intramuskuläre Nachprüfung mit AT und die danach bei Tuberkulösen fast stets zu beobachtende Aufflammung der Tuberkulin-Intrakutanimpfstellen. Daß nun hierbei gelegentlich andere unspezifische Impfstellen (Koliimpfstellen) „aufflammen" können, haben *Selter* und seine Schüler als Hauptangriffspunkt gegen die Spezifitätslehre benützt. Wir haben die von *Selter* beschriebenen Aufflammungen gleichfalls beobachtet, haben uns jedoch nicht davon überzeugen können, daß diese „Aufflammungen" das gleiche sind und bedeuten wie die echten Aufflammungen der Tuberkulinimpfstellen. Einem flüchtigen Beobachter wird ja wohl eine gewisse Ähnlichkeit ins Auge fallen. Eine genauere klinische Betrachtung nicht nur im Entstehen, sondern vor allem auch im Ablauf dieser Pseudoaufflammungen wird jedoch den Unterschied deutlich erkennen lassen. Wir möchten zur Veranschaulichung der hauptsächlichsten Verschiedenheiten zwischen spezifischen und unspezifischen Aufflammungen eine Gegenüberstellung wiederholen [a. a. O. S. 1000[33])].

Aufgeflammte Tuberkulinreaktion.	*„Aufgeflammte" Kolireaktion.*
1. Lebhafter rosaroter bis dunkelroter Farbenton, am Rande hellroter, entzündlicher, hyperämischer Hof, beim Ablauf und bei Wiederholung starke Schuppung des eigentlichen Herdes.	1. Blasse Rötung, Fehlen des entzündlichen hyperämischen Hofes, nur selten Andeutung einer Schuppung.
2. Meist Infiltration und starkes Ödem.	2. Infiltration selten, wenn vorhanden, dann ziemlich schwach. Nie Ödem.
3. Ausmaß der Reaktion und Stärke der Rötung übertrifft stets die Größenverhältnisse, wie sie nach intrakutaner Impfung bestanden hatten (Hof).	3. Ausmaß der Reaktion und Stärke der Rötung erreicht selten die Verhältnisse nach Intrakutanimpfung, bleibt sogar meist erheblich dahinter zurück.
4. Allgemeinreaktion ist vorhanden oder fehlt.	4. Allgemeinreaktion fehlt nie, ist sogar oft sehr stark.
5. Aufflammung häufig allein ohne gleichzeitige Veränderung an den Koliimpfstellen.	5. „Aufflammung" niemals ohne gleichzeitige Aufflammung der TB und AT-Impfstellen.

Digitized by Google

Aufgeflammte Tuberkulinreaktion	*„Aufgeflammte" Kolireaktion*
6. Wiederholte Aufflammungen bedingen meist eine anatomische Ausbreitung der Veränderungen (Ausdehnung der Infiltration und spezifischen Entzündung, äußerlich erkennbar an der zunehmenden Größe der Schuppung).	**6. Auch wiederholte „Aufflammungen bewirken keine klinisch nachweisbare Vergrößerung der örtlichen Veränderungen.**

Damit kommen wir zur Deutung der von *Selter* und seinen Schülern beschriebenen *Aufflammungen von Koliimpfstellen.*

Auffallend ist vor allen Dingen, daß wir sie *nur bei Tuberkulösen und stets nur mit gleichzeitiger Reaktion an den Tuberkulinimpfstellen* beobachtet haben, also nach subkutaner Zufuhr von AT. Subkutane Einspritzungen von zerriebenen Kolibazillen (1—20 mg) bzw. von Kolikulturfiltrat (auf $^1/_{10}$ eingeengt wie AT) bis 1000 mg (!) hat niemals Aufflammungen bewirkt, weder an TB- bzw. AT-Impfstellen, noch an solchen durch Kolisubstanz oder Kolikulturfiltrat. Das alles weist darauf hin, daß *zum Zustandekommen dieser Aufflammungen bestimmte Verhältnisse notwendig sind, wie wir sie nur beim Tuberkulösen vorfinden.* Die klinische Beobachtung lehrt uns, daß das Kolitoxin in gewisser Konzentration einen Reizzustand der Kapillaren der Haut hervorruft, der sich durch deren erhöhte Durchlässigkeit, erkennbar an einer länger andauernden Gelbfärbung der Haut in der Gegend der Impfstelle anzeigt. In diesem Reizzustand zeigen die Kapillaren hohe Giftempfindlichkeit, wie sie die Kapillaren in tuberkulösen Herden (wozu auch die AT-Impfstellen gehören) stets besitzen. Ebenso verhalten sich auch Entzündungsherde anderer Art beim Tuberkulösen. Diese Giftempfindlichkeit der tuberkulösen Herde gibt sich in spezifischer Weise durch Aufflammung nach AT-Zufuhr kund, da eben AT für den Tuberkulösen ein Kapillargift ist, in unspezifischer Weise (und dies auch zuweilen in geringerem Grade an nichttuberkulösen Entzündungsherden bei sonst vorhandener Tuberkulose) z. B. durch verschiedene Goldsalze, die allgemein starke Kapillargifte darstellen und so in ähnlicher Weise zu wirken imstande sind wie AT beim Tuberkulösen. Wie nun in tuberkulösen Herden, an Orten mit geschädigten Kapillaren, durch AT in spezifischer und durch Goldsalze in unspezifischer Weise Aufflammungen hervorgerufen werden können, so entsteht auch an Koliimpfstellen, an denen gleichfalls geschädigte Kapillaren (erhöhte Reizempfindlichkeit) vorhanden sind, durch AT beim Tuberkulösen (für den eben wie gesagt AT ein Kapillargift ist) gelegentlich eine Aufflammung der Impfherde. Diese Aufflammungen sind insofern unspezifisch, als sie an einem Herde erfolgen, der durch unspezifische Ursachen die Verhältnisse (Kapillarschädigungen), wie sie an einem tuberkulösen Herde bestehen, nachahmt. Sie besitzen jedoch eine gewisse Spezifität, insofern, als sie nur beim tuberkulösen Menschen möglich sind, für den allein eben AT als Kapillargift wirkt. (Näheres siehe bei *Zieler* und *Hämel.*)

Unsere Anschauungen über das Zustandekommen der Koliaufflammungen haben wir nun gelegentlich der zweiten, noch unveröffentlichten Versuchsreihe bestätigen können.

Digitized by Google

Wir haben bei diesen Untersuchungen die Menge der verimpften Kolisubstanz bis zu 1 mg gesteigert und beobachteten ein *allmähliches Nachlassen der Häufigkeit der Koliaufflammungen, entsprechend der stärkeren Konzentration des verwendeten Koliimpfstoffes.* Am deutlichsten wird das, wenn man das prozentuale Verhältnis berechnet, das zwischen den AT-Aufflammungen überhaupt und den gleichzeitigen Aufflammungen einer Koliimpfstelle besteht. So waren bei Verwendung von $^1/_{1000}$ mg Kolisubstanz als Impfstoff 29,1% aller AT-Aufflammungen auch gleichzeitig Koliaufflammungen, bei $^1/_{100}$ mg Kolisubstanz war die entsprechende Zahl etwa die gleiche (31,9%), bei $^1/_{10}$ mg Kolisubstanz dagegen nur 7,4% und bei 1 mg Kolisubstanz 3%; d. h. also: *je konzentrierter der verwendete Koliimpfstoff ist, desto weniger gibt er Veranlassung zu Pseudoaufflammungen.* Diese Tatsache war von vornherein zu erwarten. Denn *es entstehen bei Verwendung von $^1/_{10}$ und 1 mg Kolisubstanz stets Nekrosen, die in Narbenbildung übergehen. Daß an solchen Stellen die Kapillaren vollständig zerstört und einer Reaktion nicht mehr fähig sind, ist einleuchtend.* Deshalb hatten *Selter* und *Tancré* ebenso wie *Zieler* und *Markert*[34]) an Intrakutanimpfungen mit Dysenterietoxin niemals Aufflammungen gesehen.

Die Einwände, die sich gegen die Spezifität der Tuberkulinreaktion richten, haben auch die Ergebnisse histologischer Untersuchungen zu Hilfe gezogen.

Bevor wir auf diese verschiedenen Bedenken eingehen, soll kurz erwähnt werden, was *Zieler* auf Grund ausführlicher Untersuchungen schon in den Jahren 1908 bis 1910 festgestellt hat. Impft man einen tuberkulösen Menschen mit Lösungen, die aus TB hergestellt sind, und in denen keine Spur mehr von Bazillen oder deren Splittern nachzuweisen sind (Tuberkulin, Dialysate aus TB usw.), so entsteht an dem Ort der Impfung ein typisches tuberkulöses Gewebe. Beim Tuberkulosefreien sehen wir nichts Derartiges; höchstens als Reaktion auf das Impftrauma ganz uncharakteristische leichte Entzündungserscheinungen. Anders verhält es sich, wenn wir abgetötete TB oder deren Bestandteile verimpfen. Diese können, wie längst bekannt, sowohl beim Tuberkulösen als auch beim Tuberkulosefreien tuberkuloides Gewebe erzeugen. Solche durch abgetötete TB entstandenen „tuberkuloiden" Herde bei Tuberkulosefreien flammen natürlich auch später auf subkutane AT-Zufuhr wie echte Tuberkulosen auf [*Bessau*[1]) u. a.].

Nun hat *Blumenberg*[3]) auf Grund histologischer Untersuchungen verschiedener AT- und Kolisubstanzimpfstellen den Schluß gezogen, daß der tuberkuloide Aufbau einer AT-Impfstelle sich von der histologischen Struktur einer Kolisubstanzimpfstelle nicht unterscheide, und daß eine AT-Impfstelle keineswegs ein neugebildeter tuberkulöser Herd sei. Das histologische Bild käme ebenso wie bei einer Kolisubstanzimpfstelle nur durch chemisch-physikalische Beeinflussung des Gefäßnervensystems zustande.

Dem gegenüber sei schon jetzt erwähnt, *daß Blumenberg das Ergebnis der Hautimpfung durch eine Lösung (AT) mit dem der Impfung durch eine Bakterienverreibung (Kolisubstanz) vergleicht und so vollkommen übersieht, daß beide Impfstoffe sich in einem unterschiedlichen physikalischen Zustand befinden, wodurch jeder Schluß auf Ähnlichkeit oder Verschiedenheit hinfällig werden muß.*

Unsere anatomischen Präparate[32]) gewannen wir von Kranken, bei denen 2—3 Tage vorher die TB- bzw. AT-Impfstellen aufgeflammt waren, und die

Digitized by Google

in gleicher Weise Koliaufflammungen gezeigt hatten. Zum Vergleich herangezogen wurden nur solche Fälle, bei denen sowohl eine AT- als auch eine Kolifiltrat- und möglichst auch eine Kolisubstanzimpfstelle exzidiert werden konnte. Vergleicht man bei denselben Kranken gleich alte Impfstellen von $^1/_{10}$ mg AT bzw. $^1/_{1000}$ mg AT und $^1/_{1000}$ mg Kolisubstanz miteinander, so zeigt sich eine weitgehende Ähnlichkeit im histologischen Bild. Man findet überall sogenannte tuberkuloide Strukturen, aus denen *allein* man ätiologische Schlüsse nicht ziehen kann. Bis in die Subkutis hinab sieht man im Verlauf der Gefäße, besonders in der Nähe der Haarfollikel und der Schweißdrüsen,

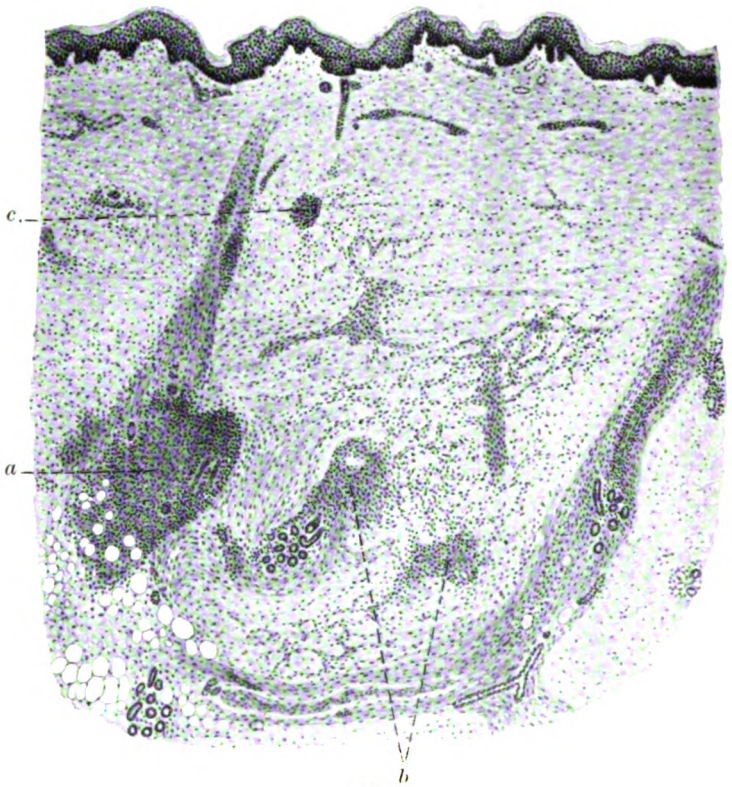


Abb. 3.

knötchenförmig angeordnete Haufen von Epithelioidzellen, die mit Rundzellen durchsetzt sind und hin und wieder auch *Langhans*sche Riesenzellen [siehe Abb. 1—4, 6 bei *Zieler*[32])].

Ganz anders ist das Bild von *Kolifiltratimpfstellen* (10 mg), d. h. also von Impfstellen, die mit einem Stoffe hervorgerufen wurden, der in seinem physikalischen Zustand dem Alttuberkulin entspricht. Hier bestehen nur ganz uncharakteristische Ansammlungen von Rundzellen zwar auch um Kapillaren und kleine Gefäße (Wucherung der Gefäßwandzellen), aber nirgends in knötchenförmiger Anordnung. Vor allem findet man nirgendwo Epithelioidzellenknötchen [siehe Abb. 5 und 7 bei *Zieler*[32])]. *Es fehlen also überhaupt vollkommen die Strukturen, wie man sie bei chronisch infektiösen Prozessen zu sehen gewöhnt ist.*

Digitized by Google

Ähnliches beobachtet man an Schnitten, die von exzidierten *Impfstellen* stammen, welche mit AT an tuberkulosefreien Menschen angelegt wurden. *Während AT beim Tuberkulösen* um diese Zeit (nach 11 Tagen) schon *tuberkuloides Gewebe verursacht, sieht man beim Tuberkulosefreien nur uncharakteristische geringe perivaskuläre Zellvermehrung* [siehe Abb. 8 bei *Zieler*[32])]. Auch ältere Impfstellen (40 Tage) bieten das gleiche Bild, unterscheiden sich also sehr wesentlich von AT-Impfstellen bei Tuberkulösen. Verwendet man zerriebene TB, so entstehen selbstverständlich auch bei Tuberkulosefreien tuberkuloide Veränderungen am Ort der Impfung. Ebenso ist nicht verwunderlich, daß Kolibazillenverreibungen (bis zur völligen Zertrümmerung) histologisch tuberkuloide Bilder hervorrufen, wenn man sich vergegenwärtigt, daß tuberkuloides Gewebe überall dort entsteht, wo schwer resorbierbare Stoffe abgebaut werden.

Es ist also auch erklärlich, daß das leicht resorbierbare Kolikulturfiltrat trotz anfänglich stärkster klinischer Entzündungserscheinungen histologisch ein ganz uncharakteristisches Bild gibt, wie dies von *Zieler* bzw. *Zieler* und *Markert* auch für andere Lösungen ähnlicher Beschaffenheit (Staphylolysin, Trichophytin, Dysenterietoxin) schon längst festgestellt worden ist. Im Sinne einer Spezifität muß jedoch gedeutet werden, wenn *von allen Kulturfiltraten beim Tuberkulösen* (und nur bei diesem) *allein AT tuberkuloides Granulationsgewebe hervorruft.*

Abb. 3. Hautimpfung mit 1 mg Kolisubstanz vom Oberarm eines tuberkulosefreien 20jährigen Mädchens nach 23 Tagen. Narbiger Knoten. Am Rande und z. T. im Innern tuberkuloides Gewebe (a, b, c) z. T. in Knötchenanordnung und mit Riesenzellen (a).

Hiernach scheint uns die *Spezifität des Tuberkulins* (bzw. der Tuberkulinhautimpfungen) *aus folgenden Gründen erwiesen*[32]),[33]):

1. *Kleinste Mengen* ($^1/_{10}$ mg und weniger) *aus Stoffen, die von TB stammen* (TB-Verreibungen, AT, Dialysate aus TB usw.), *erzeugen positive Hautimpfungen nur bei solchen Menschen, die mit Tuberkulose infiziert sind, niemals bei solchen, die vollkommen frei von Tuberkulose sind. Hautimpfungen mit anderen bakteriellen Stoffen* (Koli, Dysenterie usw.) *bewirken positive Ausfälle in gleicher Weise bei tuberkulösen und tuberkulosefreien Menschen.*

2. *Die an solchen Hautimpfungen gelegentlich* (bei Verwendung geeigneter Verdünnungen) *beobachteten Aufflammungen sind als unspezifische anzusehen und entsprechen den längst bekannten Pseudoreaktionen, wie wir sie z. B. durch Goldsalze an tuberkulösen Herden kennen, aber nicht den echten Tuberkulinherdreaktionen.*

3. *Es ist selbstverständlich, daß mit Kolibazillenverreibungen angelegte Intrakutanimpfungen tuberkuloides Ge-*

Digitized by Google

webe erzeugen. Das sehen wir sowohl bei Tuberkulösen[32]) *wie bei Tuberkulosefreien* (siehe oben Abb. 3). *Denn auf die Zufuhr von Stoffen, die nicht einfach bzw. in kurzer Zeit resorbierbar sind, sondern nur allmählich abgebaut werden* (Bakterien und ihre Verreibungen, Leberextrakte, Fette, Lipoide, Fremdkörper usw.), *antwortet der Körper stets mit der Bildung tuberkuloiden Gewebes. Deshalb ist es unzulässig, durch AT erzeugte Hautimpfungen in histologischer Beziehung zu vergleichen mit solchen durch Kolibazillenverreibungen. Vergleichbar mit jenen sind nur solche durch Kulturfiltrate* (Koli, Dysenterietoxin, Staphylolysin usw.).

4. *AT erzeugt tuberkuloides Gewebe nur beim Tuberkulösen, niemals beim Tuberkulosefreien. Kulturfiltrate* (Koli usw.) *bewirken bei Hautimpfungen stets ein unspezifisches Granulationsgewebe, und zwar selbst beim tuberkuloseinfizierten Menschen*[32]). *Da AT nicht imstande ist, beim tuberkulosefreien Menschen tuberkuloides Gewebe zu erzeugen, so sind auch die positiven Tuberkulinhautreaktionen, da sie stets aus tuberkuloidem Gewebe bestehen, als neugebildeter tuberkulöser Herd, also als spezifisch anzusehen.*

Wenn auch tuberkuloides Gewebe durch sehr verschiedene Ursachen hervorgerufen werden kann und für sich allein nicht spezifisch ist, so gehört doch alles, was durch lebende und tote TB bewirkt wird oder unter ihrer Mitwirkung (z. B. durch AT) *entsteht, zur Tuberkulose.*

Literatur.

[1]) *Bessau, G.*, Jahrb. f. Kinderh. 81. 370 u. 482. 1915. — [2]) *Derselbe*, Klin. Wschr. 4. 337. u. 385. 1925. — [3]) *Blumenberg*, Beitr. z. Klin. d. Tuberk. 61. 509. 1925. — [4]) *Engel* u. *Bauer*, M. med. Wschr. 1908. S. 2273. — [5]) *Fernbach, H.*, D. med. Wschr. 51. 1983. 1925 u. Kl. Wschr. 4. 2056. 1925. — [6]) *Derselbe*, Beitr. z. Klin. d. Tuberk. 64. 660. 1926. — [7]) *Frisch, A. V.*, Beitr. z. Klin. d. Tuberk. 60. 155. 1925. — [8]) *Koch, Robert*, D. med. Wschr. 1891. Nr. 43. — [9]) *Markert, H. J.*, M. med. Wschr. 68. 1288. 1921. — [10]) *Moro* und *Keller*, D. med. Wschr. 52. 1015. 1926. — [11]) *Nikolas*, zit. n. *Zieler* ([28]). — [12]) *Nobel, E.* u. *Rosenblüth, A.*, Ztschr. f. Kinderh. 39. 439. 1925. — [13]) *Nothmann, H.*, Arch. f. Kinderh. 53. 146. 1910. — [14]) *v. Pirquet, C.*, Berl. klin. Wschr. 1907. Nr. 20 u. 22. — [15]) *Ricker, G.*, zit. n. *Blumenberg* ([3]). — [16]) *Selter, H.*, Ztschr. f. Imm. Forsch. u. exp. Therapie Org. 32. 325. 1921. — [17]) *Derselbe*, D. med. Wschr. 48. 54 u. 686. 1922. — [18]) *Derselbe*, Ztschr. f. Tuberk. 45. 11. 1926. — [19]) *Derselbe*, Tuberkulinempfindlichkeit u. Tuberkulinwirkung. Schr. d. Königsberger gelehrten Gesellsch. 2. Jahrg. H. 7. 1926 — [20]) *Derselbe* und *Tancré*, Ztschr. f. Tuberk. 35. 1921. — [21]) *Dieselben*, Beitr. z. Klin. d. Tuberk. 60. 439. 1925. — [22]) *Selter, H.*, M. med. Wschr. 74. 625. 1927. — [23]) *Sorgo, J.*,

Digitized by Google

D. med. Wschr. 37. 1015. 1911. — [24]) *Derselbe*, Med. Klin. 21. 41. 1925. — [25]) *Zieler, K.*, Med. Klin. 5. 633. 1909. — [26]) *Derselbe*, Arch. f. Derm. u. Syph. 102. 37 u. 257. 1910. — [27]) *Derselbe*, D. med. Wschr. 37. 2057. 1911. — [28]) *Derselbe*, Hauttuberkulose u. Tuberkulide. Praktische Ergebnisse d. Haut- und Geschlechtskrankheiten. 3. 17. 1914. Hier die ältere Literatur. — [29]) *Derselbe*, D. med. Wschr. 48. 685. 1922. — [30]) *Derselbe*, Ztschr. f. Imm. Forschung u. exp. Therapie Org. 34. 240. 1922. — [31]) *Derselbe*, Ztschr. f. Tuberk. 36. 119. 1922. — [32]) *Derselbe*, Beitr. z. Klin. d. Tuberk. 64. 94. 1926. — [33]) *Derselbe* und *Hämel, J.*, Beitr. z. Klin. d. Tuberk. 63. 991. 1926. — [34]) *Derselbe* und *Markert, H. J.*, D. med. Wschr. 48. 1672. 1922.

III.

(Aus der Universitäts-Hautklinik Bonn. [Prof. *E. Hoffmann.*].)

Die Bedeutung klinischer Untersuchungen am achten Gehirnnerven für die Diagnose und Prognose der frühsyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems mit besonderer Berücksichtigung des Baranyschen Zeigeversuches und ihre Beziehungen zu Liquorveränderungen.

Von

A. M. MEMMESHEIMER und G. THEISSING.

Die systematische Untersuchung des Liquor cerebrospinalis in allen Stadien der Lues hat uns zahlreiche neue Erkenntnisse über den Verlauf der Lues des Zentralnervensystems (Z.N.S.) gebracht. Je mehr wir aber mit dem Ablauf der Liquorerkrankungen vertraut werden, um so häufiger sehen wir, daß die Untersuchungen des frühsyphilitischen Liquors allein zwar in diagnostischer Hinsicht allergrößte Bedeutung hat, daß sie aber prognostisch uns in vielen Fällen nicht allzuviel sagt, zumal ja rein praktisch durch die Untersuchung des Liquors allein manche Schädigung des Z.N.S., vor allem solche, die nicht an den Meningen liegen, übersehen werden können. Auch die Ansicht, daß stark positiver Liquor eine massige Infektion und massige Veränderungen im Z.N.S., negativer Liquor aber keine oder geringgradige Veränderungen anzeigen, und daß liquornegativ bleibende Fälle nicht metaluisch erkranken können, wird in dieser Form nicht ganz aufrecht zu halten sein, zumal der Begriff des negativen Liquors noch nicht einwandfrei festgelegt ist. Für den Dermatologen, dessen Aufgabe es ja ist,

Digitized by Google

spätluischen Erkrankungen vorzubeugen, sind dadurch neue Schwierigkeiten entstanden. Schon lange sind deshalb eine große Zahl von Untersuchern dazu übergegangen, nach weiteren Zeichen für das Bestehen einer syphilitischen Erkrankung des Z.N.S. zu suchen, neben der systematischen Durchforschung des Liquors größeren Wert auf klinische Untersuchungen der Hirnnerven zu legen und vor allem die Beziehungen zwischen Liquorerkrankungen und klinischen Erscheinungen zu studieren und sie auf ihre prognostische Bedeutung zu prüfen.

So konnte in früheren Untersuchungen gezeigt werden, daß eine genaue Untersuchung des Sehnerven schon frühzeitig spezifische krankhafte Erscheinungen erkennen läßt, die nur in einem bestimmten Prozentsatz mit Liquorveränderungen einhergehen. Beobachtungen über den Einfluß der Frühsyphilis auf den achten Gehirnnerven liegen ebenfalls vor, und *Kobrak* hat 1923 in einer sehr übersichtlichen und kritischen Arbeit die Arbeitsrichtung und die Anschauungen über die frühsyphilitischen Erkrankungen des Oktavus zusammengefaßt. Nun hat gerade in letzter Zeit bei Syphilitikern die Anstellung des *Baranyschen* Zeigeversuches bemerkenswerte Ergebnisse gebracht (Lit. bei *Theissing*). Es erschien uns deshalb notwendig, nicht nur das Ergebnis des Zeigeversuches für die Diagnose der Lues an einem größeren Krankenmaterial zu klären, sondern auch zu untersuchen, welche Wandlungen dieser sehr labile Versuch unter der Therapie und der Ausheilung der Krankheit durchmacht, inwieweit er prognostisch bedeutsam ist, und ob ein positiver oder negativer Ausfall Beziehungen zu Liquorerkrankungen, zur Wassermannschen Reaktion im Blute und zu anderen Funktionsprüfungen des Oktavus erkennen läßt.

Der Gang der Untersuchung war folgender: Zuerst wurde bei dem Patienten ein genauer Ohrbefund aufgenommen. Für die Unterstützung bei diesen Untersuchungen sind wir Herrn Oberarzt *Thielemann* von der hiesigen Universitäts-Ohrenklinik (Prof. *Grünberg*) zu besonderem Danke verpflichtet.

Nach Aufnahme des otoskopischen Befundes wurde das Hörvermögen für Flüstersprache getrennt für beide Ohren festgestellt. Hiernach erfolgte die Prüfung der unteren und oberen Tongrenze sowie der Kopfknochenleitung. Als Mindestmaß für eine normale Hörfähigkeit der tiefen Töne genügte uns die Wahrnehmung von C mit 64 Schwingungen, die Prüfung der oberen Tongrenze wurde im allgemeinen mit c^5 vorgenommen, und nur in Fällen, wo dieser Ton verkürzt wahrgenommen wurde, die genauere Bestimmung mit der Galtonpfeife hinzugefügt. Die Prüfung der Kopfknochenleitung und die Anstellung des *Rinne*schen Versuches beendete die cochleare Funktionsprüfung. Als Normalsmaß für die Dauer der Kopfknochenleitung nahmen wir ca. 30 Sek. an bei mittelstarkem Anschlag der

Digitized by Google

Stimmgabel „c", und in unseren Aufzeichnungen wurde die Knochenleitung durch einen Bruch ausgedrückt, dessen Zähler die jeweils festgestellte Dauer des wahrgenommenen Tones und dessen Nenner die normale Dauer der Fortleitung durch die Schädelknochen bezeichnet. Die Anstellung des *Rinne*schen Versuches erschien uns nicht allein zum Ausschluß von Mittelohrerkrankungen neben dem otoskopischen Befunde von Wichtigkeit, sondern auch, weil wir in Analogie mit *Kraßnig* und eigenen früheren Untersuchungen nicht gerade selten einen negativen Ausfall sahen, obwohl sich eine Störung in der Schalleitung nicht feststellen ließ.

Bei der Prüfung des Vestibularapparates wurde regelmäßig neben der uns besonders interessierenden rotatorischen auch die kalorische Prüfung vorgenommen. Und zwar gingen wir bei der Rotation nach der alten *Barany*schen Methode der zehn Umdrehungen vor. Der Zeigeversuch wurde in folgender Weise angestellt: Der Patient wurde auf einen Drehstuhl gesetzt und führte zunächst mit offenen, dann mit geschlossenen Augen mit gleichzeitig gestreckten Armen im Schultergelenk eine Bewegung von den an gleicher Stelle gehaltenen Zeigefingern des Untersuchers auf seine Knie und wieder zurück aus. Das Erheben der Arme geschah bis zur Berührung mit den Fingern des Untersuchers und wurde mit der vertikal gehaltenen Hand ohne Einschlagen der Finger ausgeführt. Nach Fixierung des Kopfes auf dem Drehstuhl in leicht nach vorn gebeugter Haltung, also in Optimumstellung des horizontalen Bogenganges, wurden bei geschlossenen Augen zehn schnelle Umdrehungen zuerst nach rechts, dann nach links ausgeführt. Der Untersucher hob nun nach Anhalten des Drehstuhles die Arme des Patienten bis zur Horizontalen empor, und ließ die Versuchsperson bei nunmehr geschlossenen Augen den Zeigeversuch durch langsames Senken und Heben gleichzeitig beider Arme (*Grahe*sche Methode) ausführen. Es handelt sich also hier um haptisch-passiv-kinaesthetisches Zeigen (*Wodak* und *Fischer*).

Beim Kalorisieren verwandten wir den *Kobrak*schen Schwachreiz und nahmen nur in Fällen, die darauf nicht reagierten, eine Massenspülung vor. Die Temperatur des Wassers betrug durchschnittlich 14—15° Celsius.

Zum besseren Verständnis der späteren Ausführungen ist ein näheres Eingehen auf den Zeigeversuch notwendig.

Als *Barany* 1905 die kalorische Probe und die Drehung auf dem Drehstuhl in den Untersuchungsgang des Vestibularapparates beim Menschen einführte, fiel ihm auf, daß, wenn er bei Normalen durch Drehung bei aufrechter Kopfstellung einen Horizontalnystagmus nach rechts hervorrief, und er dann die Versuchsperson aufforderte, den rechten Arm geradeaus zu strecken und ruhig zu halten, dann der Arm dauernd nach links abwich. Auf diese Beobachtung baute *Barany* seinen Zeigeversuch auf: Läßt man eine Person den vor sie hingehaltenen Finger des Arztes bei geschlossenen Augen mit dem Zeigefinger einer Hand von unten berühren, dann den gestreckten Arm auf die Knie senken und ihn hierauf wieder bis zur Berührung mit dem Finger des Arztes erheben, dann tritt nach dem Anhalten einer Drehung nach rechts Vorbeizeigen nach rechts ein. Für den Ausfall des Vorbeizeigens nach passiver Drehung kommen zwei Momente in Betracht, nämlich erstens eine nach dem Drehen auftretende Abweichreaktion der Arme und zweitens eine durch die subjektive Drehnachempfindung entstehende Raumverlagerung.

Digitized by Google

Es kann hier nicht unsere Aufgabe sein, auf die zahlreichen Nachuntersuchungen, Nebenbefunde, Erklärungsmöglichkeiten dieses Versuches einzugehen. *Grahe* hat dies erschöpfend getan. Erwähnt werden muß jedoch, daß der Zeigeversuch zahlreichen extralabyrinthären Einflüssen unterliegt, die bei genauen Vergleichsuntersuchungen ausgeschaltet bzw. konstant gehalten werden müssen. Solche sind z. B. sensible Reize, die die Haut treffen, Muskelaktionen, die gleichzeitig in verschiedenen Muskelpartien vorgenommen werden, verschiedene Kopfstellungen, verschiedene Stellungen der Augen, psychische Faktoren.

Für die Beurteilung des Ausfalles des Zeigeversuches bei Luikern ist es wichtig zu wissen, welche Hirnteile und Nervenbahnen für das Zustandekommen des Vorbeizeigens von Bedeutung sind.

Die peripheren Anteile des Reflexbogens (Reizung der Endolymphe des Labyrinthes durch die Drehung) brauchen nicht besonders betrachtet zu werden, wichtiger sind die Zentralbahnen. Leider herrscht über die Endigungen des Vestibularis im Gehirn noch nicht völlige Klarheit. Nach *Oppenheim* soll der Nerv im Bechterewschen, Rollerschen und Deitersschen Kern endigen. Diese Kerne bilden einen Knotenpunkt für verschiedene Bahnen und stehen in Verbindung mit dem Kleinhirn, dem Rückenmark und den Augenmuskelkernen. Direkte Bahnen zwischen Nucleus *Deiters* und der Kleinhirnrinde werden nicht anerkannt, dagegen gehen solche Verbindungen über den Nucleus tecti. Auch ziehen Vestibularisfasern in den dorsal vom Nucleus angularis und bereits im Terrain des Kleinhirns gelegenen Nucleus embologlobosus.

Andere ziehen spinalwärts. Mit diesen verschiedenen Beziehungen der vestibulären Kerngruppen findet der Einfluß, den das Labyrinth auf Erhaltung des Gleichgewichtes, die Augen- und Kopfbewegungen, auf die vom Kleinhirn abhängigen Funktionen ausübt, eine anatomische Grundlage.

Gleichzeitig mit der Abweichbewegung kommt es nach plötzlichem Anhalten des Drehstuhles zu einem Drehnachnystagmus, dessen schnellere Komponente der Drehrichtung entgegengesetzt schlägt und der eine gewisse Zeit anhält. Auch hier entsteht die Reizung der Augenmuskulatur durch eine Reizung der Labyrinthe, die hinwiederum durch Strömungsänderungen der Endolymphe hervorgerufen wird. Wenn er auch peripher durch die Labyrinthreizung ausgelöst wird, so beruht doch seine eigentliche Dauer auf zentraler Erregung (vielleicht von Zentren in der Nähe des Nucleus ruber).

Auch für die kalorischen Gehörgangsreize brachten die Untersuchungen *Barangs* grundlegende Fortschritte. *Barany* fand, daß durch die Spülung eines Ohres mit Wasser unter Körpertemperatur bei aufrechter Kopfhaltung ein nach der Gegenseite gerichteter rotatorischer, mit einer horizontalen Komponente gemischter Nystagmus erzeugt wird, und daß es gleichzeitig zu Abweichbewegungen der Arme nach der gereizten Seite hin kommt. Nach *Barany* und zahlreichen Nachuntersuchern bringt der kalorische Reiz ebenfalls wie die Drehbewegungen eine Endolymphströmung in den Bogengängen zustande, die über verschiedene Nervenbahnen und Gehirnzentren (wahrscheinlich in der Nähe des Nucleus ruber, *Rademaker*) einen Reiz auf die Augenmuskelinnervation und den Tonus der Armmuskeln

Digitized by Google

ausübt. Dazu kommen aber noch reflektorische Einflüsse, die als zentral angreifende sensible Gehörgangsreflexe aufzufassen sind und vielleicht die labyrinthären Einflüsse überwiegen. Danach würde beim kalorischen Reiz das Vorbeizeigen durch hauptsächlich sensible, das Labyrinth nicht treffende Reize hervorgerufen. Nach *Grahe* ist auch bei fehlendem Labyrinth nach kalorischen Reizen Vorbeizeigen möglich. Wenn diese Annahme zu Recht besteht, läßt Bestehenbleiben des kalorischen Reflexes beim Ausfall des durch Drehung hervorgerufenen bestimmte Lokalisationsmöglichkeiten für die erkrankten Stellen zu. Gerade bei der Lues kommen solche Erscheinungen, wie wir später sehen werden, vor.

Die Beurteilung der Befunde geschah nach folgenden Grundsätzen. Als luische Schädigung des Cochlearapparates wurden nur die pathologischen Befunde verzeichnet, die wir bei äußerlich intaktem Mittelohr sahen und wo anamnestisch keine anderen ätiologischen Momente (wie z. B. Traumen) festgestellt werden konnten.

Eine Herabsetzung des Hörvermögens für Flüstersprache wurde dann angenommen, wenn der Patient die in normaler Weise über 6 m gehörten Flüsterworte weniger als 6 m weit vernahm. Eine stark krankhafte Verkürzung der Kopfknochenleitung wurde verzeichnet, wenn die ca. 30 Sekunden lang vernehmbare Stimmgabel c mit 128 Schwingungen nur 10 Sekunden und darunter vernommen wurde. Jedoch vermerkten wir auch eine Verkürzung bis zu 15 Sekunden (also bis zur Hälfte der Normaldauer) als pathologisch. Was die Beurteilung pathologischer Befunde bei der Prüfung der oberen und unteren Tongrenze anbelangt, so bezeichneten wir jene als geschädigt, wenn die Perzeptionsdauer für die Stimmgabel c^5 (4096) deutlich verkürzt war, diese, wenn C (64) nicht wahrgenommen wurde.

Bei der kalorischen Prüfung des Vestibularapparates legten wir auf die Feststellung einer etwa vorhandenen Unter- oder Übererregbarkeit keinen besonderen Wert, sondern begnügten uns damit, unter Anwendung ziemlich kalten Wassers eine Reaktion hervorzurufen. Meistenteils kamen wir mit dem Kobrakschen Schwachreiz zum Ziel; wo dieser versagte, gingen wir zu stärkeren Spülungen über.

Dem Fehlen des postrotatorischen Vorbeizeigens auf beiden Armen begegneten wir so häufig, daß uns in diesem Ausfall des Zeigeversuches in Verbindung mit normal auszulösender kalorischer Erregbarkeit ein für Lues charakteristischer Typus zu liegen schien. Allerdings haben wir auch häufig andere Ausfallserscheinungen, wie das von *Güttich* als besonders charak-

Digitized by Google

teristisch angesprochene Fehlen der gekreuzten Abweichbewegung (d. h. Vorbeizeigen), aber auch vollkommen atypische Befunde beobachtet. Um unsere Statistik einheitlich zu gestalten, bezeichneten wir alle nach dem ersten Typus (vollständiges Fehlen des postrotatorischen Vorbeizeigens) als stark positiv, während wir die anderen Reaktionsformen als schwach positiv bezeichneten. Um jedem Mißverständnis zu begegnen sei darauf hingewiesen, daß wir die von den meisten Untersuchern als charakteristisch für Lues angegebene Regellosigkeit der pathologischen Befunde gelegentlich ebenfalls sahen, daß wir aber nach unseren Beobachtungen ein Überwiegen des Typus: Fehlen des postrotatorischen Vorbeizeigens bei normaler Auslösbarkeit der kalorischen Reaktion, feststellen konnten. Es muß erwähnt werden, daß die Deutung des Untersuchungsergebnisses Übung verlangt. Die einzelnen Befunde müssen deshalb häufiger in bestimmten Zwischenräumen nachkontrolliert werden, damit die Beurteilung richtig wird.

Nach der Ohruntersuchung wurde sofort die Entnahme des Liquors durch Suboccipitalpunktion oder Lumbalpunktion oder zu Vergleichszwecken durch beide Punktionsarten vorgenommen. Immer wurde darauf gesehen, daß zwischen Ohruntersuchung und Liquoruntersuchung ein möglichst kurzer Zwischenraum lag, um einen Querschnitt der am Z.N.S. bestehenden Verhältnisse zu erhalten.

Die Beurteilung des Liquors erfolgte in der in einer früheren Arbeit beschriebenen Weise, jedoch wurde als schwach positiver Liquor schon das Vorhandensein einer Goldsol- oder Mastixzacke mit dem Reaktionstyp 01210 bei gleichzeitig positiver Nonne- und Pandyreaktion bezeichnet. Diese Änderungen der Eiweißverhältnisse dürfen nach unseren Erfahrungen bei über zwei Jahre alten Luesfällen nicht vernachlässigt werden. Geraten zu diesen Reaktionen noch Vermehrung der Zellzahlen oder eine positive Wassermannreaktion hinzu, dann sprechen wir von einem stark positiven Liquorbefund.

Betrachten wir nun kurz das Ergebnis unserer Untersuchungen. Von Lues I wurden im ganzen 7 Patienten in der angegebenen Weise untersucht; davon reagierten von 5 unbehandelten Fällen 2 stark und 1 schwach positiv (positiv-luisch-krankhaft) bezüglich ihres Zeigeversuches, 2 reagierten nicht luisch (negativ-normal). Alle 5 hatten negativen Liquor. Von den 2 behandelten Fällen reagierte 1 stark und 1 schwach positiv, von denen 1 schwach positiven (krankhaften) und 1 negativen (gesunden) Liquor zeigte. Dieses frühe Auftreten der Reaktion ist bemerkenswert, aber nicht erstaunlich, da wir

Digitized by Google

heute wissen, wie schnell die Spirochäten in den Blutkreislauf übergehen und auch ins Gehirn gelangen.

Unter den Behandelten haben wir „gut" und „schlecht" Behandelte (im Sinne *E. Hoffmanns*) wegen der dadurch hervorgerufenen Zersplitterung der Statistik nicht unterschieden. Das beeinträchtigt deren Wert, da sich hierbei sicher Unterschiede ergeben hätten, wie wir nach der Arbeit von *Zurhelle* und *Krechel* annehmen dürfen.

Mit der Diagnose Lues II wurden im ganzen 30 Patienten untersucht. Davon waren 25 unbehandelt und 5 behandelt. Von den 5 Behandelten reagierten im Zeigeversuch 4 stark krankhaft (mit nur einmal positivem Liquor) und 1 nicht krankhaft mit negativem Liquor. Von den 25 Unbehandelten reagierten 14 stark und 4 schwach positiv. Von diesen 18 krankhaft reagierenden Patienten zeigte nur 1 schwach positiven Liquor, 17 dagegen negativen Liquor. Nicht krankhaft reagierten 7, von denen 1 stark und 1 schwach (1 + 1) positiven Liquor und 5 negativen Liquor zeigten.

Von Lues III konnten nur 4 Fälle untersucht werden. Die 2 nicht behandelten Fälle zeigten bei negativem Liquor stark krankhaften Ausfall des Zeigeversuches, die 2 behandelten Fälle reagierten ebenfalls bei einmal stark positivem und einmal negativem Liquor stark positiv.

An Lues latens wurden 46 Patienten untersucht; davon waren 12 unbehandelte Patienten. Bei diesen unbehandelten Patienten handelte es sich um Fälle, die keinerlei klinische Erscheinungen, sondern nur positive Seroreaktionen zeigten, und denen in der Anamnese die Möglichkeit einer luischen Infektion mit ziemlicher Sicherheit nachgewiesen werden konnte. Die 34 behandelten Lues latens-Fälle stellten hauptsächlich solche dar, die zahlreiche, sich über mehrere Jahre hinziehende Kuren gemacht hatten (Anfangsdiagnose meistens Lues II), die jedoch jetzt nur noch stark oder schwach positive oder in einigen Fällen sogar negative Seroreaktionen aufwiesen. Von den 12 unbehandelten Patienten reagierten 6 (stark) und 2 (schwach) krankhaft. Hiervon zeigten 2 (stark) und 2 (schwach) positiven, 4 negativen Liquorbefund. Von den 4 normal reagierenden Patienten besaß 1 einen stark positiven Liquor, 3 negativen Liquor. Von den 34 behandelten Patienten reagierten 17 + 6 positiv, mit 4 + 1 positiven, und 18 negativen Liquores. Die 11 normal reagierenden Fälle hatten 2mal stark positiven und 9mal negativen Liquor.

Digitized by Google

Von 10 Fällen von Lues cerebri waren 4 nicht behandelt und 6 behandelt. Von den ersteren reagierten 2 mit positivem und 1 mit negativem Liquor stark krankhaft, einer bei stark positivem Liquor nicht luisch. Von den 6 Behandelten reagierten 4 + 2 positiv, davon 2 mit stark positivem und 4 mit negativem Liquor. Bei diesen Fällen ist also einesteils die große Zahl der positiv Reagierenden auffallend und andererseits die Tatsache, daß einer ganz normal reagierte. Man darf dabei nicht vergessen, daß die Diagnose Lues cerebri nur eine Behelfsdiagnose ist, unter der alle möglichen Erkrankungen des Z.N.S. (z. B. Meningitis luica, Gefäßerkrankungen u. a., „meningeale" und „vaskuläre" Form der Lues cerebri) nach hauptsächlich klinischen Gesichtspunkten zusammengefaßt werden.

Die 4 behandelten Fälle von Lues congenita reagierten bei 1mal schwach positivem und 3mal negativem Liquor stark krankhaft. Die 21 behandelten Fälle von Paralyse reagierten bei 19 + 1 positiven Liquores 18mal positiv und 3mal normal.

Als Kontrolle wurden 24 Gonorrhöe- und andere nicht luische Patienten untersucht, die alle 24 mit negativem Liquor normal reagierten.

Teilten wir diese Fälle nach dem Infektionsalter ein, dann zeigten sich folgende Ergebnisse: Bei einem Alter der Infektion bis zu 1½ Monaten zeigten 4 Fälle 1 + 1 krankhaften Befund, wovon 2 negativen Liquor hatten, und 2 nicht luischen Befund bei ebenfalls negativem Liquor. Bei den 2 Fällen handelte es sich um Patienten, bei denen der Infektionstermin mit einiger Wahrscheinlichkeit bestimmt werden konnte und ca. 6 Wochen zurücklag. Bei den noch jüngeren Krankheitsfällen war der Ausfall des Zeigeversuches ein normaler.

Betrug das Infektionsalter 1½—3 Monate, dann fanden sich unter 6 unbehandelten Fällen bei 4 + 1 krankhaftes Ausfallen des Zeigeversuches, wovon 1 schwach positiven und 4 negativen Liquor hatten, während der eine nicht luisch Reagierende negativen Liquor aufwies. Die 2 Behandelten reagierten bei negativem Liquor krankhaft.

Mit einem Infektionsalter von 3—6 Monaten wurden 17 Patienten untersucht, wovon 16 unbehandelt und 1 behandelt war. Von den 16 Unbehandelten reagierten bezüglich des Zeigeversuches 9 + 1 bei 1 stark positivem und 9 negativen Liquores krankhaft, die 6 nicht luisch reagierenden zeigten 1 + 1 positiven Liquor und 4mal negativen Liquor. Der eine Behandelte reagierte bei schwach positivem Liquor stark krankhaft.

Digitized by Google

Bei 16 Patienten (12 unbehandelt und 4 behandelt) lag die Infektion 6—12 Monate zurück. Von den Unbehandelten zeigten 5 + 4 krankhaften Befund bei 2mal stark positivem und 7mal negativem Liquor, während 3 (1 stark positiver, 2 negative Liquores) keinen krankhaften Ausfall des Zeigeversuches aufwiesen. Von den 4 Behandelten (alle mit negativem Liquor) reagierten 2 positiv und 2 negativ.

Bei 14 Patienten war die Krankheit 1—2 Jahre alt. Davon waren 4 unbehandelt und 10 behandelt. Von den ersteren war das Untersuchungsergebnis bezüglich des Zeigeversuches bei 3 Patienten mit 1 schwach positivem und 2 negativen Liquores krankhaft, einmal (stark positiver Liquor) normal. Die 10 Behandelten reagierten 7 + 2mal luisch bei 1 stark positiven und 8 negativen Liquorbefunden.

Die Gruppe, bei der das Infektionsalter 2—4 Jahre betrug, war 17 Patienten stark (3 unbehandelte und 14 behandelte). Von den unbehandelten Patienten reagierten 2 stark positiv und 1 normal. Alle 3 zeigten negativen Liquor. Von den 14 Behandelten reagierten 7 + 2 (7 mit negativem, 2 mit stark positivem Liquor) krankhaft und 5 (2 positive und 3 negative Liquores) normal.

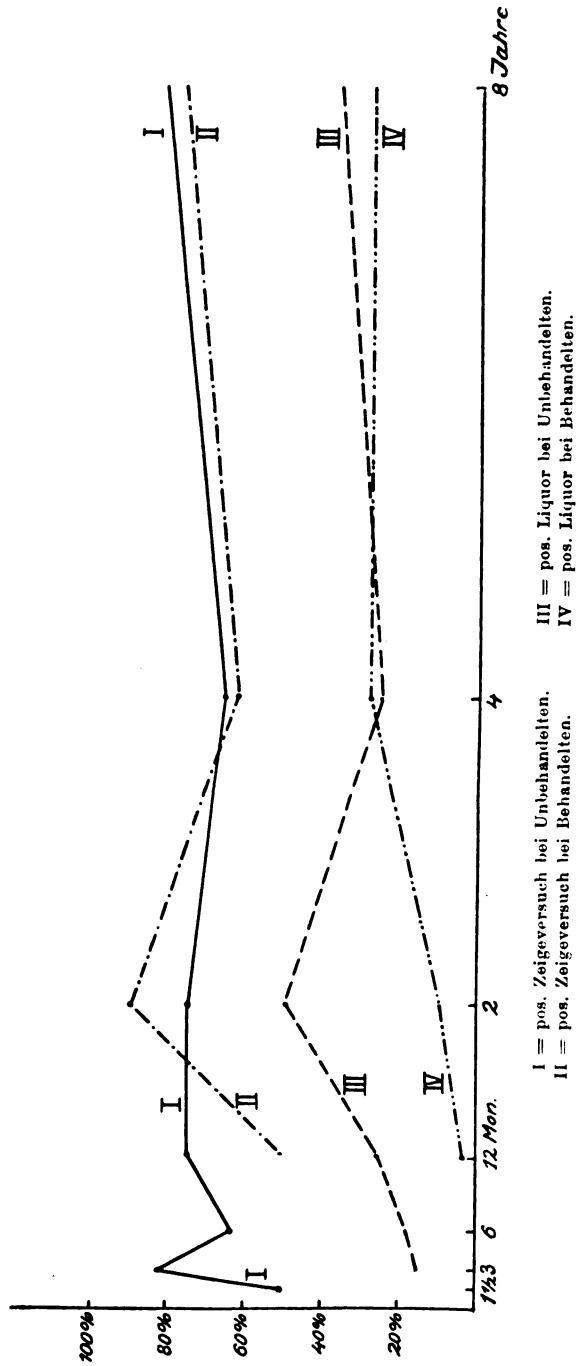
Bei einer Infektionsdauer von 4—8 Jahren waren von 14 Patienten alle behandelt. Davon reagierten 7 + 4 krankhaft bei 4mal positivem und 7mal negativem Liquor. 3 mit negativem Liquor reagierten negativ.

Lag die Infektion 10—20 Jahre zurück, dann fanden wir unter 32 behandelten Patienten 28mal stark positiven Ausfall des Zeigeversuches, wobei 18 + 3 positive und 7 negative Liquores vorhanden waren. Unter den 4 negativ reagierenden Patienten befanden sich 3 mit positivem und 1 mit negativem Liquor.

Betrachten wir nun das Verhältnis zwischen dem positiven Ausfall des Zeigeversuches und dem Ausfall der Liquoruntersuchung bei den einzelnen Patienten, dann finden wir, daß in allen Stadien der Lues der Zeigeversuch viel häufiger krankhafte Befunde ergibt als die Liquoruntersuchung, allerdings, wie wir sahen, ganz unabhängig von der Liquorerkrankung (vgl. Kurve). Bei den unbehandelten Fällen mit einem Infektionsalter bis zu 3 Monaten fanden wir in über 80% einen positiven Ausfall des Zeigeversuches, während zur selben Zeit der Liquor nur in etwa 16% positive Befunde aufwies. Bei einem Infektionsalter bis zu 12 Monaten ist der Prozentsatz der im Zeige-

Digitized by Google

versuch positiv Reagierenden 75%, während nur 25% zu dieser Zeit liquorpositiv reagieren. Wir sehen, wie es dann bei den



Digitized by Google

älteren Fällen zu keinem weiteren Steigen der Zeigeversuchskurve kommt, während gleichzeitig die Zahl der positiven Liquorbefunde allerdings noch zunimmt. Wir dürfen daraus schließen, daß in dieser Zeit ein allmähliches Ausheilen der zentralen Erkrankungen eintritt, während die meningealen noch zunehmen. Die Fälle, deren Infektion 2 Jahre beträgt, zeigen die meisten Liquorveränderungen. Dann aber kommt es zu einem Abstieg beider Kurven (4 Jahre nach der Infektion). Bei den in diesem Zeitpunkt untersuchten Fällen handelt es sich meistens um sog. Lues latens-Fälle, bei denen die Lueserkrankung nur ganz zufällig festgestellt wurde, und bei denen die Erkrankung keine besonderen Erscheinungen machte. Die Liquorbefunde waren hier auch durchweg leichterer Art. Bei den Fällen, wo die Infektion noch länger zurücklag (bis zu 10—20 Jahren) finden wir jetzt wieder ein starkes Ansteigen der Zeigeversuchskurve; es sind dies hauptsächlich Lues cerebri- und Paralyse-Fälle; gleichzeitig steigt hier auch die Liquorkurve stark an. Wir dürfen nicht vergessen, daß dies Fälle sind, die mit schweren klinischen spezifischen Erscheinungen erkrankt sind. In jedem Stadium handelt es sich ja um ganz andere Individuen.

Anders verhalten sich die behandelten Fälle. Wegen der geringen Zahl von solchen in den ersten 12 Monaten der Infektion haben wir hier von einer kurvenmäßigen Darstellung abgesehen. In den späteren Stadien finden wir einen sehr hohen Prozentsatz von Vestibularerkrankungen (bis 90%), die dann allmählich wieder absinken. Bei den behandelten Fällen handelt es sich vielfach um solche, die sehr schlecht behandelt sind, und bei denen ja erfahrungsgemäß auch sonst sehr häufig eine Erkrankung des Z.N.S. gefunden wird. Bei den Gruppen, die ein älteres Infektionsalter haben, sehen wir wieder einen langsamen Anstieg der Zeigeversuchskurve und einen leichten Anstieg der Liquorkurve.

Die Betrachtung unserer Kurve zeigt uns in den frühen Stadien also, daß ein Parallelgehen des krankhaften Ausfalles des Zeigeversuches und der Liquorerkrankung bestehen kann, wobei allerdings der Zeigeversuch prozentual höhere Ergebnisse als die Liquoruntersuchung vermittelt und Zeigeversuch und Liquor ganz unabhängige Ergebnisse liefern. Wir können weiter daraus entnehmen, daß die Ausfallserscheinungen, wie sie durch Fehlen des Vorbeizeigens angezeigt werden, nicht mit einer Erkrankung der Meningen im Zusammenhang zu stehen brauchen. Allerdings ist noch nicht genau bekannt, in-

Digitized by Google

wieweit Erkrankungen an den in Betracht kommenden Zisternen (Poruszisterne und deren laterale Adnexe) im Liquor augenscheinlich werden. Doch geht aus den Untersuchungen *Loebells* hervor, wie sehr schnell otogene Meningitiden in dem Subokzipitalliquor nachweisbar sind.

Die Betrachtung unserer Befunde zeigt, wie Zeigeversuch und Liquoruntersuchungen eine ganz verschiedene Art der Erkrankung des Z.N.S. angeben. Ein Parallelgehen von Vestibularerkrankung und der des Liquors besteht nur rein äußerlich. Um eine Erklärung für die Vestibularerkrankungen zu finden, haben wir die Beziehung zwischen dem Ausfall des Zeigeversuches und dem Ausfall der Blutserumreaktionen (Wassermann, Sachs-Georgi und Meinicke) untersucht. Es zeigte sich nun, daß bei den Lues I-Fällen, von denen 5 krankhaft reagierten, 1 Fall positive Seroreaktionen, 4 Fälle negative Seroreaktionen aufwiesen. Auch die 2 nicht luisch reagierenden Fälle hatten keine krankhaft veränderten Seren.

Alle 22 positiv reagierenden Lues II-Fälle zeigten positive Seroreaktionen, ebenso die 8 normal reagierenden. Von den 4 Lues III-Fällen zeigten 3 positive und 1 negative Seroreaktionen. Die 46 Lues latens-Fälle verhielten sich folgendermaßen: 31 krankhaft Reagierende zeigten 22mal positive und 9mal negative Seroreaktionen. Unter den nicht luisch Reagierenden waren 8 seropositive und 7 seronegative Fälle.

Die 10 Lues cerebri-Fälle verhielten sich ähnlich. Die 9 bezüglich der Vorbeizeigereaktion positiv Reagierenden waren 5mal seropositiv und 4mal seronegativ. Der eine nicht luisch reagierende Fall war seronegativ. Die 4 Fälle von Lues congenita waren seropositiv und reagierten auch krankhaft bezüglich des Zeigeversuches.

Unter der Berücksichtigung des Alters der Infektionen finden wir bezüglich des Zusammentreffens von positiven oder negativen Ausfällen des Zeigeversuchs und den Ausfällen der Seroreaktionen ähnliche Verhältnisse. Bei den bis 6 Wochen alten Fällen war einmal schwach seropositiver und einmal seronegativer Befund bei den 2 positiv Reagierenden, bei dem nicht positiv Reagierenden bestand negativer Serumbefund.

Bestand die Infektion 1½—3 Monate, dann fanden sich bei 7 positiv Reagierenden 5mal positive, 2mal negative Seroreaktionen. Bei dem einen normal Reagierenden bestanden positive Seroreaktionen.

Digitized by Google

Bei einem Infektionsalter von 3—6 Monaten (Gesamtzahl der Fälle 17) befanden sich unter 11 nicht normal Reagierenden 9 positive und 2 negative Seroreaktionen.

Ein ebenso geringer Zusammenhang bestand zwischen positivem Zeigeversuch und positiven Seroreaktionen bei den Fällen, wo die Infektion noch länger zurücklag. Bei einem Infektionsalter von 6—12 Monaten nämlich (Gesamtzahl der Fälle 16) wiesen von 11 positiv reagierenden Patienten 10 positive Seroreaktionen, von 5 nicht luisch Reagierenden 4 positive Seroreaktionen auf. In der nächsten Gruppe (Infektionsalter von 1—2 Jahren) zeigten 12 krankhaft reagierende Fälle 11 mal positive Seroreaktionen und 2 nicht luisch reagierende 2 mal positive Seroreaktionen. Bei einem Infektionsalter von 2 bis zu 4 Jahren reagierten, wie wir sahen, 11 Patienten krankhaft, von denen 8 positive Seroreaktionen zeigten; 5 Patienten reagierten nicht luisch, von denen ebenso 3 positive Seroreaktionen zeigten. In der vorletzten Gruppe (Infektionsalter 4—8 Jahre) zeigten die 11 krankhaft reagierenden Fälle nur 6mal positive Seroreaktionen, die negativ reagierenden 1mal. In der letzten Gruppe (Infektionsalter 10—20 Jahre) fanden wir unter 28 krankhaft reagierenden Patienten 22mal, bei 4 negativ reagierenden 3mal positive Seroreaktionen. Aus dieser Zusammenstellung geht die Unabhängigkeit des positiven Zeigeversuches von den positiven Serumreaktionen hervor.

Es ist nun interessant, zu untersuchen, inwieweit die im Zeigeversuch positiv reagierenden Patienten auch eine Erkrankung des kochlearen Anteils des 8. Gehirnnerven aufweisen. Bei unseren Lues I-Fällen sind alle 5 Vestibulariskranken sonst gesund, ebenso die 2 Fälle, die bezüglich des Zeigeversuches nicht luisch reagierten. Bei der Lues II sind von den 22 Vestibularkranken nur 3 am Kochlearis erkrankt, von den 8 nicht luisch Reagierenden sind 2 kochlearkrank. Bei der Lues latens weisen unter 31 positiv Reagierenden nur 12 einen positiven (krankhaften) Kochlearbefund auf, während von den nicht luisch reagierenden 15 Fällen 7 kochlear erkrankt sind. Bei der Lues cerebri ist ebenfalls die Zahl der am Kochlearis Erkrankten geringer, nämlich von den 9 bezüglich des Zeigeversuches krankhaft reagierenden Patienten sind nur 4 am Kochlearis erkrankt. Der eine normal reagierende Fall zeigt einen positiven Kochlearisbefund. Wir sehen aus dieser Zusammenstellung, daß Kochlearis und Vestibularis getrennt erkranken können. Von den 4 Lues congenita-Fällen, die am Vestibularis

Digitized by Google

krankhaft reagierten, zeigten 2 krankhafte Kochlearissymptome. Von den 18 luisch reagierenden Paralysefällen waren nur 7, von den 3 negativen nur 1 kochleariskrank.

Ähnlich liegen die Verhältnisse, wenn wir hier auch wieder eine Einteilung nach dem Infektionsalter vornehmen. Auch hier ergibt der Zeigeversuch viel häufiger einen positiven Ausfall als die Prüfung des Kochlearis. Wir möchten an dieser Stelle nicht näher auf die von uns erhobenen Kochlearisbefunde eingehen, da sie wesentlich Neues nicht bieten.

Bei den Vestibularkranken wurde Drehschwindel in den meisten Fällen vermißt oder nur geringgradig und kurze Zeit lang angegeben. Stärkeres Schwindelgefühl sahen wir 8mal, starken Drehschwindel 4mal und Erbrechen nur 1mal. Drehnachnystagmus war stets vorhanden. Nur in ganz wenigen Fällen erschien er gegen die Norm verkürzt. Auch kalorisch konnten wir stets Nystagmusreaktion hervorrufen. Eine hochgradige Verkürzung der Kopfknochenleitung von $^{10}/_{30}$ und weniger sahen wir 8mal doppelseitig und 6mal einseitig. Eine Verkürzung bis zu $^{15}/_{30}$ 11mal doppelseitig und 7mal einseitig. Eine nennenswerte Beeinträchtigung der Kopfknochenleitung fand sich demnach in 32 Fällen (d. h. in 26,2% aller untersuchten syphilitisch kranken Patienten).

Inwieweit lassen sich diese an Luikern erhobenen Befunde für eine Erklärung des Zeigeversuches verwerten? Wir haben einleitend die Frage, ob wir den Ort der Schädigung zentral annehmen müssen, da ja die äußeren Reaktionsbahnen intakt seien und außerdem eine schwere Schädigung des Labyrinthes nicht vorzuliegen scheine, offen gelassen. Nun spricht gegen den Sitz der Erkrankung in den Nervenscheiden die Tatsache, daß bei vielen Fällen sich durch die Liquoruntersuchung eine Erkrankung der Meningen ausschließen läßt, zumal nach neueren Untersuchungen gerade die von uns meist angewandte Suboccipitalpunktion mit dem Ohr zusammenhängende Meningitiden leicht erkennen läßt. Viel eher ist eine allgemeine Schädigung des Z.N.S. anzunehmen, wie sie sich durch eine Schädigung des Tonus der Gehirngefäße anzeigen würde. Wie früher erwähnt, wurden ja Beziehungen des Zeigeversuches zu Gefäßerkrankungen schon von anderer Seite angenommen. Um über diese Frage Klarheit zu bekommen, suchten wir durch Anstellung des Muckschen Adrenalinsondenversuches, dessen positiver Ausfall einer Sympathicohypertonie der Gehirngefäße anzeigen soll, weitere Aufschlüsse zu bekommen.

Digitized by Google

Die Technik dieses Versuches ist folgende. Die Nasenmuschel wird mit einer Adrenalin- oder Suprareninlösung 1:1000 sehr fein besprüht, so daß nach einigen Sekunden eine leichte Adrenalinblässe eintritt. Das vordere Ende der unteren Muschel, das so leicht ischämisch geworden ist, wird dann mit einem glatten Sondenknopf drei bis viermal unter mäßigem Druck an derselben Stelle gestrichen. Bei gesunden Menschen erfolgt reflektorisch eine strichförmige oder fleckige Röte, d. h. es tritt ein vasodilatatorischer Reflex an dem Rindennetz des Schwellkörpers in Erscheinung. Die Röte verschwindet nach Verlauf von 1 bis 15 Minuten wieder. Bei manchen Menschen tritt jedoch auf den Strichreiz hin eine weiße Strichzeichnung auf, die mehr oder weniger scharf abgegrenzt auch nach Schwinden der Adrenalinblässe noch längere Zeit (bis zu 10 Minuten) sichtbar bleibt. Diese weiße Strichzeichnung zeigt an, daß auf der adrenalisierten Nasenschleimhaut im Rindennetz des Schwellkörpers durch die Sondenreizung eine erneute und verstärkte Vasokonstriktion der Gefäße eingetreten ist. Nach *Muck* wird hierdurch eine Hypertonie des die Schwellkörperkapillaren wahrscheinlich innervierenden Sympathicus festgestellt, was infolge der gleichfalls vom Kopfsympathicus innervierten Hirngefäße einen Rückschluß auf eine Gehirngefäßsympathicohypertonie zuläßt. Auch bei der Spätlues findet sich nach *Muck* die weiße Strichzeichnung sehr häufig. Hier soll durch die Lues eine Schädigung der Gehirngefäßinnervation stattgefunden haben.

Wir haben nun versucht, einen Parallelismus zwischen dem Ausfall des Adrenalinsondenversuches und des Zeigeversuches zu finden. Leider konnten wir aus äußeren Gründen erst 16 Patienten in der angegebenen Weise untersuchen. Wir kamen dabei zu folgenden Ergebnissen. Bei 7 Fällen, die bezüglich des Zeigeversuches deutlich krankhaft reagierten, fanden wir 5mal auf beiden Muscheln weiße Strichzeichnung. Bei 4 Fällen, die bezüglich des Zeigeversuches negativ reagierten, fanden wir 2mal fehlende weiße Strichzeichnung, während 1mal die weiße Strichzeichnung deutlich auf beiden Seiten und 1mal nur auf einer Seite vorhanden war. Von 3 Fällen mit schwach positivem Ausfall des Zeigeversuches war bei zweien die weiße Strichzeichnung beiderseits vorhanden, in 1 Fall war sie auf einer Seite vorhanden, während sie auf der anderen Seite wegen starker Rhinitis nicht festgestellt werden konnte. Mehrere Fälle von Gonorrhöe ergaben weder in Strichzeichnung noch Zeigeversuch krankhafte Ergebnisse. Aus dieser nur kurzen Zusammenstellung geht immerhin ein Parallelgehen der Ergebnisse in beiden Funktionsprüfungen hervor. Denn wir finden eine teilweise und völlige Übereinstimmung in 12 von 16 Fällen. Dieses kann dafür sprechen, daß die durch den Zeigeversuch festgestellten krankhaften Veränderungen am Vestibularis vielleicht auf Gefäßveränderungen beruhen, die hinwiederum

Digitized by Google

durch die luische Infektion ausgelöst werden. Bei den leicht vulnerablen Nervenelementen könnte eine durch eine Gefäßerkrankung hervorgerufene Ernährungsstörung schnell erkennbare und lang bestehenbleibende Folgen haben.

Unsere Befunde sprechen für die Erklärung der Untersuchungsergebnisse *R. Fischers* über die Beziehungen der Vasomotilität zu dem Zeigeversuch und dem Gehörorgan überhaupt. Da nach *R. Fischer* der reflektorische Einfluß des Trigeminus auf die Blutversorgung des Gehirns bekannt ist, sind die Untersuchungsergebnisse *Thielemanns*, die sich mit den Beziehungen des Trigeminus zu dem Ablauf der Abweichbewegung befassen, wohl ebenfalls als auf Gefäßalterationen beruhend zu erklären. Der zunächstliegende Einwand, daß die Behandlung und insbesondere die Salvarsanbehandlung einen Einfluß auf den Zeigeversuch ausübe, erledigt sich mit der Tatsache, daß gerade unbehandelte Patienten einen sehr häufig positiven Ausfall zeigen. Wir hätten danach im Zeigeversuch ein außerordentlich feines Reagenz auf die Durchblutungsverhältnisse des Gehirns zu sehen, wobei vorläufig offen bleiben möge, ob die vasomotorischen Veränderungen mehr zentral oder peripher (am Vestibularapparat) überwiegen. Der normale Ausfall der kalorischen Prüfung könnte mehr dafür sprechen, daß die Veränderungen auf den Vestibularapparat bzw. auf die von diesem nach den zentralen Reflexzentren hinleitenden Nervenbahnen selbst einwirken. Dafür spräche auch die Tatsache, daß der Nystagmus, wie er nach Drehungen auftritt, meist nicht krankhaft verändert ist. Die Nystagmuserregungen werden ja, wie erwähnt, von zentralen Reizen in Gang gehalten. Immerhin wäre zu überlegen, ob nicht die anatomischen Verhältnisse der Gefäßversorgung in bestimmten Gehirnabschnitten eine verschiedenartige Schädigung der verschiedenen Nervenbahnen bedingen. Die gelegentlich ausgesprochene Vermutung, daß solche Veränderungen hauptsächlich am Porus acusticus internus sitzen, erscheint nach dem Ausfall der Liquoruntersuchung unsicher, denn in diesem Falle müßten die krankhaften Veränderungen an den Nervenscheiden sich auch in einem krankhaft veränderten Liquor ausdrücken, besonders, wenn der Liquor durch Suboccipitalpunktion gewonnen wird. Liquorveränderungen gehen aber, wie wir oben sahen, nur in einem geringen Prozentsatz mit dem krankhaften Ausfall des Zeigeversuches einher.

Für die weitere Beurteilung des Ausfalles des Zeigeversuches ist es wichtig, zu wissen, wie er sich unter der Therapie

Digitized by Google

verhält. Auch hier steht uns nur eine beschränkte Zahl von untersuchten Fällen zur Verfügung. Ein schnelles Zurückgehen des krankhaften Ausfalles findet im allgemeinen nicht statt, auch nicht unter einer kräftigen Salvarsantherapie, die ja, wie wir wissen, auf die Erkrankungen des Zentralnervensystems, wenn sie einmal stark entwickelt sind, keinen sehr wirksamen Einfluß hat. Anders ist es bei der Malariatherapie. Wir haben hier bis jetzt 8 Fälle vor und sofort nach einer kombinierten Salvarsan-Wismut-Malariatherapie im Sinne *E. Hoffmanns* untersucht und dabei folgende Ergebnisse gefunden. Sofort nach der Kur zeigten keine Veränderungen 4 Fälle, von den übrigen 4 Fällen zeigte einer geringe Abweichtendenz beim Drehen nach einer Seite, einer zeigte geringe Abweichtendenz des gleichseitigen Armes nach Rechtsdrehung und Linksdrehung. Ein Patient zeigte eine Abweichtendenz auf dem gekreuzten Arme bei Linksdrehung stärker als bei Rechtsdrehung, ein anderer zeigte leichte Abweichtendenz beider Arme beim Drehen nach beiden Seiten. Dies waren die Befunde sofort nach der Kur. Bei einem Patienten, der unmittelbar nach der Malariakur keine Abweichung zeigte, traten 8 Monate später deutliche Abweichbewegungen auf. Dies weist darauf hin, daß eine Besserung erst nach langer Zeit erfolgt. Bekanntlich gehen nach der Malariakur Liquorveränderungen viel schneller zurück. Aus dem langsameren Zurückgehen des positiven Zeigeversuches zur Norm läßt sich ebenfalls auf eine ganz andere und besondere Art der Schädigung schließen.

Ob das schnelle oder langsame Zurückgehen zur Norm prognostisch bedeutsam ist, kann jetzt noch nicht gesagt werden. Da die Bedeutung der Gefäßerkrankungen bei der Spät- und Metasyphilis des Z.N.S. allgemein anerkannt ist, muß auf die Erkrankung der Gehirngefäße bei der Frühsyphilis mehr als bisher geachtet werden. Vielleicht ist deren Verlauf für die Entstehung von Späterkrankungen prognostisch wichtig. Es drängen sich so bei Betrachtung unserer Befunde zahlreiche Fragen auf. Wir müssen uns z. B. fragen, ob das Bestehenbleiben einer Schädigung, wie sie sich durch einen positiven Zeigeversuch anzeigt, auf einen Infektionsfokus für später schließen läßt. Müssen zur Entstehnug einer spätluischen Gehirnerkrankung meningitische und Gehirngefäßerkrankungen im Frühstadium zusammentreffen? Müssen die Fälle, wo trotz Fehlen aller anderen pathologischen Befunde der Ausfall des Zeigeversuches krankhaft bleibt, noch als gefährdet angesehen

Digitized by Google

werden? Alle diese Fragen können erst später eine Beantwortung finden.

Fassen wir unsere Untersuchungsergebnisse kurz zusammen, dann sehen wir bei der Lues ein sehr frühes Auftreten einer Erkrankung des Nervus octavus und besonders seines vestibularen Anteils, die sich durch einen krankhaften Ausfall des Baranyschen Zeigeversuches dokumentiert. Im Verlauf der Erkrankung steigt und fällt die Zahl der Vestibulariskranken mit der mehr oder weniger starken Erkrankung des Z.N.S. überhaupt bzw. mit dem Ausheilen der Krankheit. In jedem Stadium der Lues aber bleibt der Zeigeversuch länger und häufiger positiv als Liquor- und Blutreaktionen. In seltenen Fällen können Blut- und Liquorreaktionen schon mehrere Jahre negativ sein, ohne daß die Vestibularisschädigung verschwunden ist. Ob diese Tatsache für den weiteren Verlauf der Krankheit und vor allem im Hinblick auf eine eventuelle Störung der Gehirngefäßinnervation prognostisch bedeutsam ist, wird sich später entscheiden. Jedenfalls muß diese Frage weiter verfolgt werden. Dies kann ohne Schwierigkeiten geschehen, da die diesbezüglichen Untersuchungen überall, wo ein Drehstuhl vorhanden ist, (allerdings wegen der Labilität des Versuches nur nach guter Übung) schnell und ohne Beschwerden vorgenommen werden können. Eine sofort anzuschließende Vornahme der Suboccipitalpunktion kann gegebenenfalls eine Liquorerkrankung kontrollieren. Denn man darf nicht vergessen, daß Zeigeversuch und Liquoruntersuchung ganz verschiedene Erkrankungsarten anzeigen und jede für sich eine besondere Bedeutung hat. Auf das gleichzeitige Vorkommen eines positiven Zeigeversuches und eines positiven Liquorbefundes muß besonders geachtet werden, denn bei den Späterkrankungen des Z.N.S. finden wir dieses Zusammentreffen in einem sehr hohen Prozentsatz der Fälle.

Literaturverzeichnis.

R. Fischer, Ztschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. 8. S. 272. — *Grahe*, Handb. d. norm. u. path. Physiol. Bd. 11. S. 941. Berlin 1926. — *E. Hoffmann*, Derm. Ztschr. 45. S. 253. 1925. — *Kobrak*, Derm. Ztschr. 39. S. 51. 1923. — *Loebell*, Ztschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. 17. S. 443. 1927. — *Memmesheimer* und *Lunecke*, Derm. Ztschr. 39. S. 213. 1923. — *Muck*, Ztschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. 13. S. 311. — *Oppenheim*, Lehrb. d. Nervenkrankh. Berlin 1923. — *Rademaker*, Die Bedeutung d. roten Kerne usw. Berlin 1926. — *Theissing*, Inaug.-Diss. Bonn 1926. — *Thielemann*, Beitr. z. Anat., Phys., Path. u. Therap. d. Ohrh. 20. S. 213. — *Wodak*, Der Baranysche Zeigeversuch. Berlin 1927. — *Zurhelle* und *Krechel*, Derm. Ztschr. 49. S. 305. 1926.

Digitized by Google

IV.

(Aus der dermatologisch-venerischen Abteilung des Stadtkrankenhauses Zschopauer Straße in Chemnitz [Leitender Arzt: Prof. Dr. *Frühwald*].)

Beitrag zur sog. Spirochaetosis arthritica (Reiter).

Von

Prof. Dr. RICHARD FRÜHWALD.

Im Jahre 1916 berichtete *Reiter* unter dem Titel „Eine bisher unerkannte Spirochäteninfektion" über ein eigenartiges Krankheitsbild, das er vielleicht nicht als erster gesehen, aber zuerst in seiner klinischen Symptomatologie erkannt und beschrieben hat.

Er hatte während des Krieges Gelegenheit, einen Offizier zu beobachten, der unter Leibschmerzen und Durchfall erkrankt war und nach 8 Tagen Ausfluß aus der Harnröhre und eine heftige Konjunktivitis bekam; dann stellten sich rheumatische Beschwerden und Gelenkschwellungen ein. Der Kranke bot durchaus das Bild eines akuten Trippers mit Arthritis und Konjunktivitis. Das Orifizium war gerötet, es entleerte sich reichlich Eiter, der Urin war trüb und enthielt Fäden, die Miktion war schmerzhaft, es bestand Zystitis. Die Konjunktiven waren gerötet und geschwollen, sezernierten viel Eiter, dazu kam noch eine Iritis. Mehrere Gelenke waren geschwollen und schmerzhaft, der Allgemeinzustand war schwer, es bestand ununterbrochenes remittierendes Fieber. Weder im Sekret der Urethra noch in dem der Konjunktiven konnten bei wiederholter Untersuchung Gonokokken gefunden werden. Aus dem Blute des Kranken konnte *Reiter* eine Spirochäte züchten, die er *Spirochaeta forans* nannte; das Krankheitsbild bezeichnete er als *Spirochaetosis arthritica*. Therapeutisch war die Erkrankung weder durch Neosalvarsan noch durch Salizylpräparate beeinflußbar.

Im Anschluß an einen Vortrag *Reiters* über dieses Thema berichtete *Fleischmann* über einen ähnlichen Fall, bei dem die Ätiologie unklar blieb.

Einen weiteren Fall hat *Michael* beschrieben, doch war dieser nicht so schwer; es bestand Konjunktivitis, etwas Ausfluß, in dem sich Bakterien befanden, und Gonarthritis links. Salizylpräparate waren ohne Wirkung, in 5 Wochen war der Fall geheilt. *Sommer* berichtete über drei Fälle, die alle ziemlich gleich und so wie der *Reiter*sche Fall verliefen; es entstand zuerst Urethritis und Zystitis, dann Konjunktivitis und Arthritis (auch Polyarthritis). Auf Spirochäten konnte aus technischen Gründen nicht untersucht werden. Gonokokken wurden nie gefunden. *Junghans* berichtete über einen 16jährigen Patienten, der im Anschluß an einen Oberlippenfurunkel Schmerzen beim Urinieren, Ausfluß aus der Harnröhre, dann eitrige Augenentzündung und

Digitized by Google

Schmerzen im linken Knie und in der linken Hüfte bekam. Auch hier das typische Bild der gonorrhoischen Urethritis, Arthritis und Konjunktivitis, doch wurden niemals Gonokokken gefunden. Es schwollen dann noch andere Gelenke an, am Herzen entstand ein systolisches Geräusch, es trat Keratitis auf. Durch Kollargolinjektionen wurde Heilung erzielt. Spirochäten wurden im Blute nicht gefunden. *Junghanns* meint, daß eine septische Allgemeinerkrankung, vielleicht ausgehend von dem Furunkel, mit sekundärer Urethritis vorgelegen habe.

Stühmer hat während des Krieges, zum Teil gemeinsam mit *Sommer*, mehrere Fälle gesehen und auch nach dem Kriege einen beobachtet. Er berichtet über vier Fälle, die alle den charakteristischen Symptomenkomplex aufwiesen. Zunächst Urethritis, dann Konjunktivitis und Arthritis (ausgenommen Fall 3, der keine Arthritis hatte und hier nicht mitzählt), dabei ausgesprochen septisches Fieber. Meist war nur die vordere Harnröhre befallen, einmal auch die Blase; außer der Konjunktivitis kam es auch zu Iritis. Die Krankheit zeigte deutliche Neigung zu Rückfällen, war therapeutisch kaum beeinflußbar, doch war die Prognose günstig, die Patienten genasen, von der Arthritis blieb keine Versteifung zurück. *Stühmer* hat im Blute, in den Sekreten, in der Gelenkflüssigkeit und in den Geweben nach Spirochäten geforscht, doch keine gefunden; er meint daher, daß die ätiologische Bedeutung der von *Reiter* gefundenen Spirochäte noch zu unsicher und daher der Name „Spirochaetosis arthritica" noch verfrüht wäre. Dieser Ansicht widerspricht allerdings *Reiter*.

Einen gleichartigen Fall beobachtete ich in meiner Krankenhausabteilung.

Paul Otto V., 41jähriger Handlungsgehilfe, 15. 2. bis 9. 3. 1926.

Anamnese: Stammt aus gesunder Familie. Vor 17 Jahren angeblich Tripper, der ohne Behandlung in 12 Tagen geschwunden sein soll. Vor 14 Jahren Influenza.

Am 12. 2. 1926 erkrankte er an „Reißen" im linken Fuße, das von dort nach dem rechten Hüftgelenke wanderte. 2 Tage später trat Ausfluß aus der Harnröhre auf, weswegen er den Arzt aufsuchte, der ihn ins Krankenhaus einwies.

Status praesens: Mittelgroß, in leidlich gutem Ernährungszustand. Innere Organe, Rachen, Hals o. B., Zunge feucht.

Augen: Die Lidbindehaut beiderseits düsterrot gefärbt, etwas geschwollen. Mäßig starke Eitersekretion.

Genitale: Starker eitriger Ausfluß aus der Harnröhre. Keine Gonokokken.

Urin: I. trüb mit Fäden, II. fast klar.

Gelenke: Das rechte Hüftgelenk ist sehr schmerzhaft, doch ist keine Schwellung zu sehen; der rechte Oberschenkel kann nur unter starken Schmerzen in der Hüfte gebeugt werden. Das linke Sprunggelenk und der linke Fußrücken stark gerötet, geschwollen; aktive und passive Bewegungen nicht ausführbar.

Temperatur: 38,1°.

Im Sekret der Konjunktiven wie der Urethra sind in mehreren Präparaten Gonokokken *nicht* nachzuweisen.

16. 2. Die Schmerzen im Hüft- und Fußgelenk bedeutend besser. Da-

Digitized by Google

gegen ist das rechte Knie stark geschwollen und druckschmerzhaft; Patellartanzen. Blutstatus normal.

17. 2. Ausfluß aus der Harnröhre geschwunden.

20. 2. Im Hüftgelenk und im linken Fuße sind die Schmerzen geschwunden, ebenso die Schwellung des Fußes.

22. 2. Schmerzen im rechten Knie geringer. Konjunktivitis beiderseits gebessert.

24. 2. Nur geringe Rötung der Konjunktiven, kein Eiter. Schwellung und Schmerzhaftigkeit des rechten Knies bedeutend zurückgegangen, gute Beweglichkeit des Gelenkes.

1. 3. Alle Gelenke ohne Schmerzen und Schwellung, gut beweglich. Konjunktiven normal. Kein Harnröhrenausfluß. Urin in beiden Portionen fast klar.

8. 3. Völliges Wohlbefinden.

Die Temperatur hatte in den ersten sechs Tagen abendlich Steigerungen bis 39° gezeigt, blieb 10 Tage wenig über 37° und wurde dann normal. Wassermann —. Eine im pathologischen Institute von Herrn Dr. *Panofsky* vorgenommene kulturelle Untersuchung des Blutes auf Spirochäten fiel negativ aus.

9. 3. Geheilt entlassen.

Dem klinischen Befunde und dem Verlaufe nach unterliegt es keinem Zweifel, daß der Fall hierher gehört. Die Kombination von Arthritis, Konjunktivitis und Urethritis, dabei der dauernd negative Gonokokkenbefund ist absolut charakteristisch. Bemerkenswert ist, daß der Fall, im Gegensatz zu der *Reiter*schen Beobachtung, sehr gutartig und mild verlief; die Symptome waren wohl deutlich ausgesprochen, erreichten aber keine große Intensität und verschwanden bald. Im Gegensatz zu anderen Beobachtungen begann die Erkrankung nicht mit Urethritis, sondern mit Arthritis; wann die Konjunktivitis auftrat, konnte der Kranke nicht angeben, da sie ihm nur geringe Beschwerden machte. Spirochäten wurden nicht gefunden.

Während meines Urlaubes wurde an meiner Abteilung noch folgender Fall beobachtet:

Richard R., 21jähriger Arbeiter, 26. 6. bis 17. 7. 1926.

Anamnese: Stammt aus gesunder Familie, war selbst nie krank, insbesondere hatte er nie eine Geschlechtskrankheit.

Seit 3 Wochen hat er Ausfluß aus der Harnröhre, weswegen er einen Facharzt aufsuchte, der ihm Einspritzungen verordnete. Seit der gleichen Zeit sind die Augen entzündet, weshalb er einen Augenarzt konsultierte. Seit 1½ Wochen bestehen Schmerzen im linken Mittelfinger und in beiden Hüftgelenken. Deshalb wurde er ins Krankenhaus gewiesen.

Status praesens: Mittelgroßer, kräftiger Mann in gutem Ernährungszustand.

Innere Organe o. B.

Augen: Links o. B., rechts: ziliare Injektion, Kornea erscheint leicht getrübt, Lidbindehaut stark gerötet. Go. —.

Genitale: Wenig schleimig-eitriger Ausfluß. Urin in beiden Portionen trüb mit Fäden. Go. —.

Gelenke: Schwellung am linken Mittelfinger, besonders am Metakarpalgelenk. Mittelfinger kann nur etwa um 30° gebeugt werden. Faustmachen unmöglich. Röntgenaufnahme ergibt Verwischung der Gelenkkonturen im Mittelgelenke des dritten Fingers.

Temperatur normal. Wassermann —.

Digitized by Google

1. 7. Urin klar. Ziliare Injektion und Trübung der Kornea geringer, Konjunktiven normal.

8. 7. Auge völlig normal.

21. 7. Urin klar. Gonokokken in 13 Präparaten nicht gefunden. Prostatasekret normal. Finger unverändert. Entlassen.

Auch hier kann man meines Erachtens nur die Diagnose auf *Reiter*sche Krankheit stellen, da die Trias Konjunktivitis, Arthritis und Urethritis bei dauernd negativem Gonokokkenbefund wieder klar ausgeprägt ist. Allerdings war der Kranke schon 3 Wochen behandelt worden und es könnte daher der negative Gonokokkenbefund darauf zurückzuführen sein. Auf meine Anfrage bei dem behandelnden Arzte, Herrn Dr. *Eichhorn* (Chemnitz), erfuhr ich, daß er bei dem Patienten ins Protokoll eingetragen habe: Gonokokken? Es waren Diplokokken, die den Gonokokken ähnlich sahen, sich aber doch auch von ihnen unterschieden. Ein Grampräparat war nicht gemacht worden. Im Krankenhaus waren keine Bakterien gefunden worden.

Wenn also auch nie Gonokokken mit Sicherheit nachgewiesen wurden und ich persönlich den Fall für eine „Spirochaetosis arthritica" halte, so möchte ich ihn doch, da er nicht ausreichend durchuntersucht ist, nur mit einer gewissen Reserve in diese Kategorie einreihen.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß wir es hier mit einem klinisch ganz eigenartigen Krankheitsbilde zu tun haben; die *Trias: Urethritis, Konjunktivitis, Arthritis* bei dauernd negativem Gonokokkenbefund ist so charakteristisch, daß die Sonderstellung des Krankheitsbildes gerechtfertigt ist. Einschließlich meiner Fälle sind, soweit ich die Literatur kenne, *12 Fälle* bis jetzt bekannt. Stets beginnt die Erkrankung mit Urethritis, dann folgt die Konjunktivitis, dann die Arthritis; nur bei meinem ersten Falle trat die Gelenkerkrankung zuerst auf. Die *Harnröhrenentzündung* ist meist heftig und befällt die vordere und hintere Harnröhre (bei *Stähmers* Fällen meist nur die vordere), in einigen Fällen ist es auch zu ausgesprochener Zystitis gekommen; der Urin ist dementsprechend in beiden Portionen trüb, enthält Fäden. Der starke eitrige Ausfluß geht meist bald zurück. Komplikationen von seiten der Hoden oder Nebenhoden wurden nicht beobachtet. Im Ausstrich des Harnröhrensekretes findet sich Eiter, aber nie Gonokokken; *Michael* erwähnt das Vorkommen von Bakterien, *Stähmer* grampositive Stäbchen. In meinem ersten Falle hatte ich keine Bakterien gefunden, im zweiten hatte der vorher behandelnde Kollege gonokokkenähnliche Diplokokken gesehen.

Digitized by Google

Die *Augenerkrankung* beginnt als Konjunktivitis; die Bindehaut ist stark gerötet, geschwollen, sezerniert reichlich Eiter. Es kommt aber auch zur Erkrankung der Hornhaut: Hornhautmakula *(Reiter)*, Keratitis *(Junghanns)*, Keratitis mit Randgeschwüren (*Stühmer*); auch in meinem zweiten Falle war die Hornhaut getrübt, es bestand ziliare Injektion. *Reiter* und *Stühmer* sahen auch das Vorkommen von Iritis.

Die *Arthritis* befällt stets mehrere Gelenke, besonders die der unteren Extremität: Fuß, Knie, Hüfte; im *Reiter*schen Falle waren auch Hand- und Ellenbogengelenk, in meinem zweiten auch Fingergelenke befallen. Bemerkenswert ist ein Fall von *Stühmer*, bei dem die Gelenke der Hals- und Brustwirbelsäule ergriffen waren. Eine von *Stühmer* vorgenommene Punktion des Kniegelenks ergab serös-eitriges Exsudat. Die Gelenke sind geschwollen, druckschmerzhaft, die Haut gerötet; die Beweglichkeit ist stark eingeschränkt, doch bleibt keine Versteifung zurück (*Stühmer*). Röntgenologisch sind Kapselverdickung (*Stühmer*) oder Verwischung der Konturen (*ich*) feststellbar.

Der ganze Prozeß ist von Fieber begleitet, das, wie in meinen Fällen, nur mäßige Grade erreichen, aber auch, wie ein Fall *Stühmers*, septischer Natur sein kann. *Junghanns* hörte bei seinem Kranken im dritten Interkostalraum ein systolisches Geräusch. *Reiter* hebt die heftigen Schweißausbrüche hervor.

Im Ablauf der Erkrankung ersieht man einen eigenartigen Unterschied zwischen dem ersten, von *Reiter* beschriebenen Falle und den späteren. Jener verlief außerordentlich schwer, war therapeutisch nicht beeinflußbar, erlitt stets Rückfälle und führte zu Dekubitus; über den Endausgang habe ich keine Angaben gefunden. Die anderen Fälle verliefen alle leichter; *Stühmer* hebt zwar auch die Neigung zu Rezidiven hervor, doch trat in allen Fällen im Verlaufe einiger Wochen Heilung ein. Bei meinen Fällen schwanden die Symptome rasch; erst schwand der Ausfluß, dann die Konjunktivitis, schließlich die Arthritis, die im zweiten Falle bei der Entlassung noch nicht ganz beseitigt war; auch das Fieber war bald zur Norm zurückgekehrt. Therapeutisch erwiesen sich Salizylpräparate, Neosalvarsan, Kaseosan als unwirksam; man muß sich auf symptomatische Behandlung beschränken (*Junghanns* rühmt Kollargol).

Hinsichtlich der Ätiologie war es zunächst auffallend, daß der erste und die folgenden Fälle im Kriege beobachtet wurden, was die Annahme nahelegte, daß die Kriegsverhältnisse, speziell

Digitized by Google

die im Felde, für die Entstehung der Erkrankung von Bedeutung seien; ein Fall von *Stühmer*, der von *Junghanns* und meine Fälle zeigen aber, daß die Erkrankung auch im Frieden vorkommt; wahrscheinlich kommt sie öfters vor, als berichtet wird, und wird nur stets als Gonorrhöe angesprochen. ***Reiter*** hat aus dem Blute seines Kranken auf Blutaszitesfleischbrühe eine Spirochäte gezüchtet; sie hat 7—10 Windungen, hat bohrende, keine beugenden Bewegungen, ist intensiv mit Löfflerschem Methylenblau und Fuchsin färbbar und ist mäusepathogen; er hält sie für den Erreger des Krankheitsbildes, nannte sie *Spirochaeta forans* und die Erkrankung *Spirochaetosis arthritica*. Dieser Spirochätenbefund wurde nicht wieder erhoben; teils konnte aus äußeren Gründen nicht danach gesucht werden, teils waren die darauf gerichteten Untersuchungen von *Junghanns* und besonders von *Stühmer* ergebnislos. Bei meinem ersten Falle konnte aus dem Armvenenblut ebenfalls eine Spirochäte nicht gezüchtet werden. *Junghanns* meint, daß es sich in seinem Falle um eine von dem Oberlippenfurunkel ausgehende Sepsis mit sekundärer Urethritis gehandelt habe. Er stützt sich dabei auf den von *Biland* beschriebenen Fall von Staphylokokkensepsis mit Urethritis, Zystitis, Epididymitis und Arthritis.

Ist somit die Frage der Ätiologie noch ungeklärt, so rechtfertigt doch der eigenartige und charakteristische klinische Symptomenkomplex die Sonderstellung der Erkrankung; es wäre zu wünschen, daß in Zukunft auf dieses merkwürdige Krankheitsbild mehr geachtet wird.

Literatur.

Biland, Über einen Fall von Staphylohämie mit Urethritis, Epididymitis und Exanthem. Korr. Bl. f. Schweizer Ärzte. 1905. — ***Fleischmann***, Aussprache i. d. Berl. ver. ärztl. Ges. v. 15. 11. 1916. D. med. Wschr. 1916. S. 1529. — *Junghanns*, Ein weiterer Fall v. Urethritis non blennorrhoica u. sept. Allgemeininfektion. D. med. Wschr. 1918. S. 1304—1305. — *Michael*, Beitr. zur Kasuistik u. Differentialdiagnose seltener frühluetischer u. gonorrhoischer Komplikationen. Derm. Ztschr. 1917. Bd. 24. — *Reiter*, Über eine bisher unerkannte Spirochäteninfektion (Spirochaetosis arthritica). D. med. Wschr. 1916. S. 1535—1536. — *Derselbe*, Eine bisher unerkannte Spirochäteninfektion. D. med. Wschr. 1917. S. 302—303. — *Derselbe*, Über die sogenannte „Spirochaetosis arthritica *(Reiter)*. M. med. Wschr. 1921. S. 950—951. — *Derselbe*, Über die Spirochaeta forans. Ztrlbl. f. Bakt. Abt. I. Orig. Bd. 79. S. 176—180. — *Sommer*, Die wahrscheinlich als „Spirochaetosis arthritica" *(Reiter)* anzusprechenden Fälle. D. med. Wschr. 1918. S. 403—404. — *Stühmer*, Über die sogenannte „Spirochaetosis arthritica" *(Reiter)*. M. med. Wschr. 1921. S. 769—770.

Digitized by Google

V.

(Aus der Universitäts-Hautklinik Königsberg i. Pr. [Direktor: Prof. Dr. *W. Scholtz*].)

Experimentelles und Klinisches über Krampfaderverödung.

Von

Dr. J. DÖRFFEL,

Assistent der Klinik.

(Hierzu Tafel I und II.)

In der Behandlung des varicösen Symptomenkomplexes ist durch die Einführung der Verödungstherapie der Varizen mit Kochsalz- und Traubenzuckerlösungen zweifellos ein erheblicher Fortschritt erzielt worden; denn es gelingt auch nach unseren Erfahrungen durch diese Methode rasch und sicher die erkrankten und schädlichen Venen auszuschalten. Wenn diese Behandlung trotzdem noch nicht recht Eingang in die Praxis gefunden hat, so liegt das wesentlich an der Furcht vor Emboliegefahr. Wir haben es daher unternommen, durch eingehende histologische Untersuchungen an injizierten Kaninchenvenen festzustellen, ob und wie weit diese Gefahr begründet ist.

Ehe ich auf unsere histologischen Untersuchungen zu sprechen komme, möchte ich aber erst ganz kurz die Pathogenese des varicösen Symptomenkomplexes hier besprechen.

An der unteren Extremität lassen sich zwei Venensysteme voneinander trennen, ein subkutanes, das von der Vena saphena magna und parva dargestellt wird, und ein tiefes, zwischen den Muskeln verlaufendes, das schließlich als Vena femoralis in die Vena iliaca externa übergeht. Beide Venensysteme haben zahlreiche Anastomosen miteinander. Am häufigsten ist die Vena saphena magna und ihr Verbreitungsgebiet varicös erkrankt.

Wo liegt nun die Ursache für die Entstehung der Krampfaderbildung?

Wir müssen heute im Gegensatz zu *Virchow*, der noch für die rein mechanische Theorie eintrat, neben den mechanischen Bedingungen disponierenden Momenten eine große Bedeutung beimessen. Häufig können wir beobachten, daß ein besonderer Typus von Mensch mit Varizen zum Arzte kommt. Derartige Individuen sind neben den Varizen ausgezeichnet

[1]) Nach einem Vortrag im Verein für wissenschaftliche Heilkunde Königsberg i. Pr. am 7. Februar 1927.

Digitized by Google

durch eine schlaffe Haut, statische Deformitäten, Plattfuß, Hernienbildung, Eingeweidesenkung und meist auch Hämorrhoiden. *Bier* hat für diese Krankheitszustände den Begriff der konstitutionellen Bindegewebsschwäche als Zeichen allgemeiner körperlicher Minderwerdigkeit geprägt.

Dieser Zustand ist offenbar vererbbar und damit ist es wohl zu erklären, daß Varizen nicht nur in gewissen Familien, sondern sogar bei manchen Rassen (Juden) gehäuft vorkommen. Neben dieser vererbten, konstitutionellen Anlage wirken auch im Leben erworbene Störungen, wie besonders solche endokriner Natur bei der Varizenentstehung mit.

Es lassen sich immer wieder Zusammenhänge mit der Pubertät, der Gravidität und dem Senium konstatieren. Gerade bei der Gravidität ist es auffallend, daß die Varizenbildung schon in den ersten Monaten der Schwangerschaft einsetzt, zu einer Zeit, wo Stauungen im Venensystem bedingt durch den vergrößerten Uterus noch nicht bestehen können. Diese ererbten und erworbenen disponierenden Momente bedingen eine Schwäche, einen Elastizitätsverlust der Venenwand, und in dieser herabgesetzten Widerstandfähigkeit der Venenwand sieht *Nobl* das hauptsächlichste Moment der Venenentartung. Bestehen diese disponierenden Momente, so tritt früher oder später meist eine Erweiterung der Venen ein und damit kommt es sehr häufig zur Insuffizienz der zahlreich vorhandenen Venenklappen. Die ganze Blutsäule lastet dann vom Herzen an bis zur erweiterten Vene auf diesem varicös entarteten Venenabschnitt. Neben der aufrechten Haltung des Menschen und dem dadurch bedingten hydrostatischen Druck, müssen wir Druckvermehrung durch schwere mechanische Arbeit für die Varizenbildung mit verantwortlich machen; ich erinnere an gewisse Berufe, wie die der Bäcker, Kellner, Wäscherinnen und Köchinnen, die besonders oft an Varizen erkranken.

Sind die oberflächlichen Venen erst stärker erweitert, so füllt sich die Vene nur noch durch *Rückfluß und befördert kein Blut mehr zentralwärts.* Darauf fußt der Perthessche und Trendelenburgsche Versuch.

Daß aber die Vene sich nicht nur passiv füllt, sondern daß ein *dauerndes* Rückströmen in die erweiterte oberflächliche Schenkelvene statthat, in der Art, daß in den tiefen Venen das Blut nach oben gepumpt wird und zum Teil in der Vena saphena bei auffrechtsitzenden oder stehenden Menschen wieder herunterfällt, konnte *Magnus* an der Jenaer chirurgischen Klinik experimentell beweisen. Seine Versuche, bei denen er in die varicös erweiterte Vena saphena magna einen Volkmannschen Hämodrometer einband, ergaben, daß bei horizontaler Lage das Blut in normaler Weise zum Herzen fließt; setzt man den Patienten aber langsam auf, so kommt der Moment, wo ein Stillstand und gleich darauf eine Umkehr der Blutbewegung eintritt. Dieses Rückfließen konnte bei aufrechtstehenden Menschen *kontinuierlich* beobachtet werden.

Es geht aus den eben erwähnten Tatsachen klar hervor, daß die Varizen hinsichtlich der Blutbeförderung in keiner Weise mehr ihre natürliche Funktion erfüllen, ja daß sie eine starke Überbelastung im venösen System bedeuten.

Das Bestreben bei jeder Therapie der Varizen und der daraus resultierenden Folgeerscheinungen (wie Ulzera, Ekzem) geht daher dahin, diese Stauung in dem venösen System, die bis

Digitized by Google

in die Kapillaren hinreicht, zu beseitigen. Dies gelingt durch Binden und Bandagen, Zinkleimverbände und dergleichen nicht immer und ist vor allem für den Patienten auf die Dauer überaus lästig und quälend. Infolgedessen wurde die chirurgische Behandlung mit Unterbindung oder Exstirpation der varicös entarteten Venen nachdrücklich empfohlen und geübt. Der Nachteil dieser Methoden, die im allgemeinen recht günstige Ergebnisse gaben, ist der, daß sie eine längere Krankenhausbehandlung erfordern, und daß die Patienten vielfach sich nur schwer dazu entschließen. Auch traten nicht selten Embolien und Rezidive auf, die daher zu wiederholter Änderung der Methode führten. Da war es zu begrüßen, daß in der Verödung der Venen durch Injektion bestimmter Flüssigkeiten eine neue Therapie bekannt wurde.

Schon seit Jahrzehnten macht man therapeutische Injektionen in Krampfadern. Ursprünglich hoffte man allein durch die Blutgerinnung zum Ziel zu kommen; so *Pravaz* 1851 durch Einspritzung weniger Tropfen einer Eisenchloridlösung, etwas später die Lyoner Schule durch 30 Tropfen einer Jodtanninlösung. Dann versuchte man perivenöse Injektionen z. B. *Langenbeck*, der Ergotin gab, doch ohne Erfolg. Erst die Idee, die Venen-Innenwand zu schädigen und zur Wucherung anzuregen und dadurch eine sekundäre Thrombose auszulösen, brachte die erfolgreiche Wendung in die Verödungtherapie. *Englisch* publizierte einige Erfolge mit intravenösen absoluten Alkoholinjektionen. Er hatte also als erster die Idee, die Venenwand zur Proliferation zu bringen und im Anschluß daran eine Thrombosierung zu erzielen. In Deutschland war es vor allem *Linser* (1916), der sich mit dem Verödungsverfahren der Varizen beschäftigt hat und dabei den Hauptwert auf Schädigung der Intima legte und 1% Sublimat einspritzte.

Da Sublimat nicht als völlig unschädliches Mittel angesehen werden kann — besonders warnen muß man bei Schädigungen der Niere des Darmtraktus, Arteriosklerose und chronischem Ekzem —, war es ein entscheidender Schritt nach vorwärts, als K. Linser eine hochprozentige NaCl-Lösung und bald darauf die *Nobl*sche Schule eine Traubenzuckerlösung in die Therapie der Verödung einführten. Kochsalz und Traubenzucker sind ja in nicht zu großen Quantitäten für den Körper völlig ungefährlich. Von beiden Autoren sind ausgezeichnete klinische Resultate sowohl der NaCl wie der Traubenzuckerverödung mitgeteilt und das Verfahren warm empfohlen. Ein geringer Nachteil der NaCl-Lösung gegenüber der Traubenzuckerlösung ist der, daß durch das NaCl vor allem eine starke Entzündung eintritt, die sich meist in das umgebende Gewebe erstreckt und Schmerzen auslöst. Traubenzucker wirkt aber nach unserer Erfahrung hinsichtlich des Endzweckes langsamer und dabei nicht ganz so prompt wie Kochsalz.

Trotz aller mitgeteilter günstiger Erfolge der Verödungstherapie werden aber immer wieder Stimmen laut, die die Verödung ablehnen. Die Ursache dafür ist wohl in der Hauptsache die Befürchtung, daß nach der Injektion sich bildendes Ge-

Digitized by Google

rinnsel verschleppt werden und eine Embolie entstehen könnte. *Linser* mit seiner Schule und vor allem die *Nobl*sche Schule lehnen die Emboliegefahr allerdings völlig ab und geben beide an, mehrere Tausend Verödungen vorgenommen zu haben und dabei nie eine Embolie erlebt zu haben. *Nobl* behauptet, daß bei der Verödung ein besonderer Thrombosierungsvorgang eintritt, der eine Embolie praktisch ausgeschlossen erscheinen läßt. Wir vermissen allerdings in den Noblschen Arbeiten nähere Angaben über systematische histologische Untersuchungen. Auch wir konnten uns trotz der guten klinischen Erfolge, die wir gesehen hatten, zur ausgedehnten Anwendung nicht entschließen, ehe wir uns nicht davon überzeugt hatten, daß die Verödung tatsächlich so verläuft, wie sie *Nobl* beschrieben hat, und eine nennenswerte Emboliegefahr demnach nicht bestehen dürfte.

Deshalb haben wir einer Anzahl von Kaninchen Kochsalz- und Traubenzuckerlösung in die Ohrvenen injiziert und den Vorgang der Verödung histologisch studiert.

Unsere Versuchsanordnung war folgende: Es wurden 10 Kaninchen in beide Außenohrvenen injiziert, und zwar mit 30% steriler NaCl-Lösung oder 50—60% Traubenzuckerlösung. Statt der NaCl-Lösung nahmen wir verschiedene Male ein Präparat namens *Varicophtin* der Sächsischen Serum-Werke, das eine 30% NaCl-Lösung und zur Vermeidung des Venenkrampfes ein Anästhetikum enthält; statt der Traubenzuckerlösung das Präparat *Kalorose* der Pharmazeutischen Fabrik Güstrow, das eine sterile 40%ige Invertzuckerlösung darstellt.

In der Versuchsanordnung gingen wir so vor, daß wir einmal nur Kochsalzlösung (oder Varicophtin) und dann nur Traubenzucker (oder Kalorose) spritzten. Dann gaben wir, um vergleichen zu können, am gleichen Tier in das eine Ohr Kochsalzlösung, in das andere Traubenzuckerlösung bei demselben Kaninchen. Nach bestimmten Zeitabschnitten, in Intervallen von 1—2—3 Tagen exzidierten wir dann kleinste Streifchen aus dem Ohr mit dem dazugehörigen kleinen Venenabschnitt und untersuchten histologisch. Das Material wurde in Paraffin eingebettet und dann verschieden gefärbt. (Hämatoxylin-Eosin, Hämatoxylin, Van Gieson, Orcein, Fibrinfärbung, Berliner Blaureaktion auf Blutpigment.)

Wir haben folgendes festgestellt:

In den ersten beiden Tagen sah man außer geringen Entzündungserscheinungen in der Venenwand, die bei Kochsalz stärker als bei Traubenzucker waren, nichts von Belang.

Doch schon am dritten Tage änderte sich der Befund. Starke entzündliche Infiltration und Ödem der Venenwand; das auffallendste aber in dem Schnitte war eine starke Intimawucherung. Die Intima war gegenüber dem Normalen mehrfach verdickt. Die Endothelzellen ragten ins Lumen hinein. Man konnte deutlich hier im Anschluß an die Endothelwucherung an der Venenwand die beginnende Bildung eines Abscheidungsthrombus feststellen. Im Inneren des Lumens sahen wir normale Erythrozyten mit farblosen

Digitized by Google

Blutkörperchen in dem üblichen Mengenverhältnis untermischt. Hier zirkulierte noch das Blut. Die Gefäßwand in toto zeigte eine starke Verbreiterung, zum Teil ödematöse Auflockerung und reaktive Entzündung, die bis in die Umgebung hineinreichte. Ein fast gleicher Befund zeigte sich am 4. Tag.

Sehr eindrucksvoll war das Bild, das sich am 5. Tage uns bot: Die Endothelwucherung der Intima ist noch stärker geworden. Sie drang von der Seite her in dichter Masse in das Lumen vor. Weitere Fortschritte hatte auch die Thrombosierung gemacht. Überall, wo Endothelzellen „marschiert" waren, ließ sich ihr Weg dadurch deutlich erkennen, daß sie homogen erscheinende fibrinhaltige Massen hinter sich ließen. Vereinzelte Leukozyten in der Blutmasse. Die Verdickung der übrigen Gefäßwand war etwas zurückgegangen, ebenso klangen die periphlebitischen Entzündungserscheinungen ab.

Ein Präparat, das 5 Tage nach einer Traubenzuckerinjektion exzidiert worden war, wurde in Serienschnitte zerlegt. Dabei sah man, daß hier ebenfalls die Intima sprossenartig gewuchert war, man sah wie zwei Intimasprossen, die gegenüber lagen, sich näherten und organisch sich verbanden. An einer dritten Stelle bildete sich noch ein Sproß, der ebenfalls der Lumenmitte zustrebte. Im übrigbleibenden Lumen noch normal zirkulierendes Blut. Die Gefäßwand war jetzt nur noch gering entzündlich verändert. (Vgl. Abbildung 1.)

Am 7. Tage war die Obliteration des Gefäßes schon sehr weit fortgeschritten. Das betreffende Präparat zeigte im Schnitt das Gefäß etwas länglich getroffen. Dadurch konnte man die außerordentlich starke Intimawucherung und breite Sproßbildung besonders schön sehen, die von der einen Wand zu der anderen zog und dort fest verwachsen war. Im übrigbleibenden Lumen nur noch wenig normal aussehende Erythrozyten und Fibrin. Entzündungserscheinungen in Gefäßwand und Umgebung haben nachgelassen.

Vom 10. oder 12. Tage an beobachteten wir bei unseren sämtlichen Präparaten, daß die Gefäße nicht mehr oder kaum mehr durchgängig, also obliteriert waren. Die zweite Abbildung z. B. zeigt, daß das Venenlumen bis auf eine kleine, zentrale Stelle durch Intimawucherungen vollständig obliteriert ist. Vereinzelte geringgradige Kapillarneubildungen. In einem anderen Präparat (11 Tage nach der Injektion exzidiert) hatte die Intimawucherung zur völligen Obliteration geführt. Das gaze Lumen war ausgefüllt mit gewucherten Bestandteilen der Intima. Reichlich Fibrin. Zwischen der gewucherten Intima waren zahlreiche Erythrozytenschatten erkenntlich. Auch hier vereinzelte neugebildete Kapillaren.

Für den Gerichtsmediziner wichtig erscheint noch die Tatsache, daß ungefähr vom 10. Tage an die Berliner Blaureaktion positiv ausfällt.

Unsere Beobachtungen an Menschen ergaben, daß die Obliteration der verödeten, oberflächlichen, varicös entarteten Venen am Bein offenbar rascher als beim Kaninchen vor sich geht. Schon vom zweiten Tage an fühlte man eine Verdickung der noch zirkulationsfähigen Gefäße, vom fünften Tage an schien gewöhnlich schon die völlige Obliteration eingetreten zu sein. — Der härte Strang ist das Zeichen für die neugebildete Wucherung.

Digitized by Google

Bei der Beurteilung der histologischen Bilder ergibt sich als das Ausschlaggebende, daß die durch die Injektion gesetzte Schädigung der Intima eine obliterierende Endophlebitis bewirkt, an die sich eine sekundäre Thrombosierung anschließt dahingehend, daß kleine Thromben in den Intimamaschen fest verfilzt sitzen. Zur Verödung führen also zwei Momente: Es tritt eine außerordentlich starke Intimawucherung ein, die eine ausgeprägte Sproß- und Trabekelwerkbildung im Lumen hervorruft, und im Anschluß daran kommt es zu einer sekundären Thrombusbildung, und zwar an der Gefäßwand durch die Intimareizung zur Bildung eines Abscheidungsthrombus und in den Maschen zwischen den Endothelsprossen zur Bildung kleiner Stagnationsthromben.

Auf Grund der histologischen Ergebnisse komme ich also ganz wie *Nobl* zu dem Resultat, daß unter der Einwirkung der Injektion eine Gefäßwandentzündung entsteht. Während allerdings *Nobl* dann annimmt, daß das Endothel der Intima im weiteren Verlauf bis auf spärliche Reste zerstört wird und sich hier ein Abscheidungsthrombus bildet, konnten wir an unseren systematisch durchgeführten histologischen Untersuchungen feststellen, daß nicht die Thrombose als das Wichtigste anzustreben ist, sondern die Verödung vielmehr dadurch zustande kommt, daß eine Endophlebitis obliterans hervorgerufen wird. — Daraus geht auch hervor, daß eine Embolie kaum zu fürchten ist.

Es darf nicht verhehlt werden, daß die Varizen am Bein oft so weit sind, daß zu dem endophlebitischen Prozeß noch eine Stagnationsthrombose hinzutreten kann und vielleicht auch hinzutritt, ehe eine vollständige Ausfüllung und damit Verödung des weiten Gefäßlumens sich vollzogen hat. Aber auch in solchen Fällen dürfte der sekundär gebildete Stagnationsthrombus durch die von der Intima in das Lumen hineingewucherten Zellsprossen verhältnismäßig fest verankert sein, so daß Loslösungen wenig zu befürchten sind. Übrigens führen Spontanthromben bei oberflächlichen Varizen sonst *gesunder* Menschen nur höchst selten zu Embolien. *Nobl*, der sich damit eingehend beschäftigt hat, sagt, daß diese Thromben wegen der Zirkulationsverhältnisse, Wandbuchtungen und Wandbeschädigungen, so gut wie nie eine Embolie auslösen, und der Pathologe *Kaufmann* schreibt in dem speziellen Teil seines Lehrbuchs, daß er hierbei niemals eine Embolie beobachtet hätte.

So können wir, berechtigt durch unsere histologischen Feststellungen und danach klinischen Beobachtungen, die Verödungs-

Digitized by Google

therapie weitgehendst empfehlen. Unser zahlreiches klinisches und poliklinisches Material, das mit Kochsalz- und Traubenzuckerinjektionen behandelt wurde, zeigt außer der erzielten Obliteration der Varizen vor allem auch eine äußerst günstige Beeinflussung der Ulzera und Ekzeme an den Beinen. Die wenigen Gegenindikationen, die bestehen, lassen sich von selbst erkennen (Schwangerschaft, Varizen bei alten Leuten, die ein schwaches Herz haben, bei infektiöser Entzündung der Venen und ihrer Umgebung u. a.).

Der Erfolg der Verödung beruht einzig und allein auf der sorgsamen Durchführung der Technik: Vor allen Dingen ist es wichtig, den Venenabschnitt völlig blutleer zu machen, so daß die Injektionsflüssigkeit unverdünnt in unmittelbaren Kontakt mit der Intima kommt. Wir gehen dazu folgendermaßen vor: Wir lassen den Patienten, bei dem wir veröden wollen, das Bein herunterhängen, bis die Vene sich gefüllt hat. Sind wir mit der Nadel in der Vene (nur geringe Aspiration von Blut, um die Injektionsflüssigkeit nicht zu sehr zu verdünnen), so heben wir das Bein hoch und warten, bis die Vene sich entleert hat. Während der Injektion komprimieren wir die Vene peripher und streichen sie vorsichtig proximalwärts leer. Wir injizieren entweder 30% sterile Kochsalzlösung, und hier hat sich das von den Sächsischen Serumwerken hergestellte „Varicophtin" auszeichnet bewährt (bis zu 5 ccm auf einmal), oder 50—60% sterile Traubenzuckerlösung. An Stelle dieser kann man auch das von der Firma Güstrow hergestellte „Kalorose"-Präparat empfehlen (bis zu 10 ccm auf einmal). Die Injektion muß unter stetigem langsamen Druck erfolgen. Die Verödung selbst lassen wir stets bei Bettruhe vor sich gehen. Nur ausnahmsweise machen wir die Verödung ambulant, tragen aber dann dem Patienten auf, sich zu Hause ein paar Tage zu legen. Nach sechs Tagen ist gewöhnlich die Obliteration der Vene vollständig. Der Thrombus, der entsteht, kann höchstens bis zur Vena femoralis gehen, denn dort zirkuliert das Blut vorbei und ruft eine sehr starke Verdünnung der Injektionsflüssigkeit hervor, die eine Intimaschädigung nicht mehr hervorrufen kann.

Zusammenfassung:

Eine Verödung der erweiterten, oberflächlichen Schenkelvenen wird durch eine 30% Kochsalz- oder 50—60% Traubenzuckerlösung erreicht. Kochsalz wirkt nach unseren Versuchen rascher und wohl auch etwas intensiver als Traubenzucker. Im

Digitized by Google

Gegensatz dazu sind bei Traubenzucker die entzündlichen Erscheinungen in der Venenwand und der Venenumgebung wesentlich geringer und dadurch die Beschwerden bzw. Schmerzen nach der Verödung weniger. Ungefähr zwei Tage nach der Injektion ist schon eine gewisse Wandverdickung fühlbar, die allmählich vom sechsten Tage an zur Obliteration der Vene führt. Für den Erfolg ist Haupterfordernis, die Vene möglichst blutleer zu machen.

Histologisch läßt sich feststellen, daß die Obliteration der Vene erreicht wird durch eine Endophlebitis obliterans und eine sekundäre Thrombosierung. Eine Embolicgeefahr dürfte bei der Verödung kaum bestehen, da diese kleinen Thromben fest verfilzt und verlötet in dem oben geschilderten Trabekelwerk der gewucherten Intima sitzen. Auf Grund dieser histologischen Bilder und der im Anschluß daran erzielten praktischen Ergebnisse läßt sich *die Verödungstherapie mit Kochsalz und Traubenzucker weitgehendst empfehlen.*

Literaturverzeichnis.

L. Aschhoff, Vortr. üb. Pathol. Jena 1925. Gustav Fischer. — *Bazelis,* Traitement des Varices particulièrement par les Injektions Phlébosclérosantes. — *J. Berberich* und *S. Hirsch,* Die röntgenographische Darstellung der Arterien und Venen am lebenden Menschen. (Zitiert nach *Nobl,* Ztrlbl. 1926.) — *Bier,* D. med. Wschr. 45. Nr. 41, 42. 1919. — *Brüning* und *Gohrbandt,* Klin. Wschr. 1922. Nr. 33. — *K. Büdinger,* Med. Klin. 19. 333. 1923. — *E. Clasen,* Varizen, ulcus cruris und ihre Behandlung. — *Urban* und *Schwarzenberg.* 1925. (Verlag.) (Zitiert nach *Nobl,* Ztrlbl. 1926.) — *Economo,* Klin. Wschr. 1923. — *Fabry,* Med. Klin. 19. 1923. — *C. Fischer,* Wien. klin. Wschr. 1923. Nr. 35. — *Hammer,* D. med. Wschr. 1919. — *Hasebrock,* M. med. Wschr. 1916. — *Hempel,* M. med. Wschr. 71. 1924. — *Heusner,* D. med. Wschr. Nr. 37. 1915. — *J. Hohlbaum,* Ztrlbl. f. Chir. 1922. Nr. 7. — *Kaufmann,* Spezielle pathologische Anatomie. 2. Aufl. — *Kirchner,* Ztrlbl. f. Chir. 19. H. 9. — *Klapp,* Arch. f. klin. Chir. 127. 500. 1923. — *Kottmeier,* Derm. Ztschr. 1915. — *Derselbe,* Derm. Ztschr. 1925. — *Küttner,* Kl. Wschr. 1922. Nr. 52. — *v. Langenbeck,* Arch. f. kl. Chir. 1. — *Linser,* Med. Klin. 1916. Nr. 34. — *Derselbe,* Med. Klin. 1921. Nr. 48. — *Derselbe,* M. med. Wschr. 1924. Nr. 16. — *Derselbe,* M. med. Wschr. 1922. Nr. 13. — *Lotheisen,* Ztrlbl. f. Chir. 1922. H. 49. — *Magnus,* D. Ztschr. f. Chir. 162. 71. 1921. — *Derselbe,* Klin. Wschr. 1926. Nr. 32. — *H. Matheis,* Ztrlbl. f. Chir. 1921. Nr. 8. — *Model,* Med. Klin. 1921. Nr. 43. — *Mönckeberg,* M. med. Wschr. 1920. Nr. 13. — *Fr. Müller,* D. med. Wschr. 21. 4. 1922. — *Nobl,* Wien. klin. Wschr. 1917. Nr. 7. — *Derselbe,* Der varizöse Symptomenkomplex. Monographie. 2. Aufl. *Urban* und *Schwarzenberg*[1]). — *Derselbe,* Wien. klin. Wschr. 1918. — *Derselbe,* Ztrlbl. d. Haut- u. Geschlechtskrkh. 1926. H. 1/2[1]). — *Nobl* und *Löwenfeld,* Derm. Wschr. 1925. — *Remenowsky* und *Kantor,* Wien. klin. Wschr. 1925. Nr. 20. — *Trendelenburg,* Bruns Beiträge zur klin. Chir. 7. — *Voeckler,* D. med. Wschr. 1922. H. 48. — *Wolf,* Med. Klin. 1920. Nr. 31. — *Zirn,* M. med. Wschr. 1919.

[1]) Hier findet sich die Gesamtliteraturangabe über Varizen.

Digitized by Google

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. März 1927.

Vorsitzender: Herr *Arndt.* Schriftführer: Herr *W. Fischer.*

Tagesordnung:

1. Herr *W. Fischer* zeigt eine *Geschwulstbildung* bei einem 60jährigen Manne, die sich im Verlaufe von 4 Jahren in der Leistenbeuge am Übergang zur Skrotalhaut ganz allmählich entwickelt hat. Der längliche, etwa 1 cm die Haut überragende Tumor hat z. Zt. die Größe einer Pflaume erreicht und ist von glatter Oberfläche, letztere von kleinen Gefäßektasien durchzogen; die Konsistenz ist verhältnismäßig weich, auf Druck entleert sich aus einzelnen Poren eine kleine seröse Flüssigkeit. Regionale Drüsen fehlen. Subjektive Beschwerden werden nicht angegeben. Differential-diagnostisch kommt ein granulomatöser Prozeß, ein Lymphadenom oder Epitheliom in Betracht. *F.* will die Geschwulst exzidieren und über den Befund später berichten.

2. Herr *Arthur Alexander* demonstriert einen Fall von *netzförmiger Melanosis,* als deren Ursache mit Wahrscheinlichkeit *Lichen planus* anzunehmen ist. Es handelt sich um einen 42 Jahre alten Lokomotivführer, bei dem seit 4 Monaten Verfärbungen beider Arme und des Gesichtes aufgetreten sind. Man sieht bei dem Patienten in beiden Ellenbeugen ausgesprochen netzförmige Pigmentationen, auf deren Höhe die Oberhaut leicht gefältelt erscheint. Die Braunfärbung erstreckt sich bis zu den Handgelenken; je weiter distalwärts sie fortschreitet, desto mehr verliert sie das netzförmige Aussehen und nimmt einen mehr homogenen Charakter an. Der Fall imponierte zunächst — wegen des Berufes des Kranken — als Kohleimprägnation, zumal an der Schläfe und im rechten Augenwinkel sich noch andere mehr schwarzbraune Verfärbungen der Haut fanden. Aber dagegen sprach doch die ausgesprochen braune Farbe der Stellen an der Ellenbeuge, ferner die bestimmte Angabe des Patienten, daß er nie mit aufgekrempelten Ärmeln arbeite, und vor allem der histologische Befund: Die Probeexzision eines Stückchens pigmentierter Haut ergab im Papillarkörper ein ausgesprochen herdförmig angeordnetes, aus Lymphozyten und zahlreichen Chromatophoren zusammengesetztes Infiltrat, — also einen Befund, der dem Lichen ruber planus sehr ähnlich war. Die Epidermis war von normaler Beschaffenheit. Differential-diagnostisch kamen noch Akanthosis nigricans in Betracht, jedoch fehlten die papillären Wucherungen und der maligne Tumor, ferner eine Arsenmelanose, für die ebenfalls die Vorbedingung fehlte, da der Kranke kein As genommen hatte. Am wahrscheinlichsten scheint dem Vortragenden daher, daß es sich um einen atypischen Lichen ruber handelt, bei dem entweder die Knötcheneruptionen so schwach ausgebildet waren, daß sie dem Patienten entgangen sind, oder bei dem die Melanosis dem Stadium der Knötchenbildung oder, besser gesagt, dem Stadium der klinischen Wahrnehmbarkeit der Knötchen — denn mikroskopisch vorhanden gewesen müssen sie ja, wie auch das histologische Bild beweist, in jedem Falle gewesen sein — vorausgegangen ist. Einen derartigen Fall hat vor 9 Jahren *Ledermann* auf der Kriegstagung der Berl. Derm. Ges. 1918 (Derm. Ztschr., Bd. 26, S. 12 der S.-A.) vorgestellt, und auch *Perilà* berichtet (Derm. Ztschr. Bd. 26, S. 163) von einem Falle von Lichen ruber, bei dem die Knötchenbildung gegenüber der Braunfärbung fast völlig in den Hintergrund trat.

Digitized by Google

3. Herr *Gottron:*

Fall 1. *Gelenkveränderungen nach Erysipeloid* bei einem 18jährigen Koch, der sich Mitte Januar an einer Zandergräte verletzt hatte. Im Anschluß an diese Verletzung hatte sich ein typisches Erysipeloid entwickelt, das sich auf den ganzen Handrücken ausgedehnt hatte und nach 2 Wochen zum Abklingen gekommen war. Zurück blieb eine jetzt noch vorhandene Erkrankung des linken Handgelenkes und der Grund- und Mittelgelenke von Finger 2—5. Die betreffenden Fingergelenke sind kolbig verdickt und bläulich verfärbt, im Durchschnitt etwa 1½—2 cm umfangreicher als die der gesunden Hand und vor allem auf Druck, aber auch etwas spontan schmerzhaft. Die erkrankten Gelenke können weder vollkommen gesenkt noch gebeugt werden. Ein kräftiger Handdruck kann nicht ausgeübt werden. Durch zweimalige Verabfolgung von Susenin konnten bisher keine therapeutischen Erfolge erzielt werden.

Fall 2. Syringome bei einem 29 Jahre alten Patienten, die in der Hauptsache auf der linken Brustseite lokalisiert sind und seit 11 Jahren bestehen.

Fall 3. Ungewöhnliche Form von Tuberkulose auf dem Handrücken eines 67jährigen Schweinefütterers, die sich im Laufe eines Jahres schnell entwickelt haben soll. Flächenhafter, 8 × 6 cm großer, serpiginös begrenzter, proximal fortschreitender Krankheitsherd. Proximalwärts ist zunächst ein etwa 1 cm breiter erythematöser Saum vorhanden, der auf Glasdruck keinerlei Infiltrat erkennen läßt. Dieser geht über in ein wallartig aufgeworfenes, 1—1½ cm breites und 3 mm über die Umgebung sich erhebendes, bläulich-rotes Infiltrat, über das die Oberhaut gespannt hinwegzieht. Dieses wallartige Infiltrat ist von weicher Konsistenz und weist verschiedene miliare Erweichungsherde auf, die sich als etwa linsengroße Ulzerationen mit steil abfallenden Rändern darbieten. Die Ulzerationen sind zum Teil unter der Haut durch Kanäle miteinander verbunden. Nach innen von diesem wallartigen Infiltrat findet sich eine schmale Zone, in deren Bereich stecknadelkopfgroße blaß-bläulich-rote Granulationen vorhanden sind. Der größte Teil des Krankheitsherdes wird eingenommen von einer straff narbigen Veränderung. Im Granulationsgewebe im Ausstrich reichlich Tuberkelbazillen. Pirquet schwach positiv, klinisch und röntgenologisch linksseitige Spitzentbc. Klinisch-morphologisch ist das Bild einer serpiginös fortschreitenden kolliquativen Tuberkulose vorhanden. Und so dürfte der vorliegende Fall am ehesten in die Reihe der von *Hyde* beschriebenen ***Tuberculosis cutis serpiginosa ulceratica*** einzureihen sein.

4. Herr *Buschke* demonstriert einen 26 Jahre alten Mann, der wegen einer frischen Lues außerhalb des Krankenhauses (1. Kur) acht Neosalvarsaninjektionen (Dosis unbekannt) erhielt und nach der letzten Spritze ein sehr schweres universelles Salvarsanexanthem bekam. Im Verlaufe der sehr schweren, mit hohem Fieber einhergehenden Dermatitis entwickelte sich spontan eine fast zweihandtellergroße Nekrose am linken Ober- und Vorderarm. Der Patient hat die Dermatitis glücklich überstanden mit Pigmentierung, die Nekrosen haben sich losgestoßen, und es finden sich an den betreffenden Stellen krustige Granulationen. Wahrscheinlich werden wir transplantieren. Wir haben zurzeit bei einem Mädchen mit einer schweren Salvarsandermatitis eine kleine Nekrose am rechten Oberarm. Überhaupt befinden sich zurzeit fünf zu uns eingelieferte Salvarsanexantheme. Worauf

Digitized by Google

diese von Zeit zu Zeit beobachtete Häufung beruht, können wir nicht sagen. Wir dachten schon an Jahreszeiteinflüsse und haben daraufhin unser reichliches Material durchgesehen; es hat sich aber nichts Gesetzmäßiges ergeben.

2. Frau mit an der Vorderschulterregion kontinuierlich auf die Innenfläche des linken Ober- und Vorderarms sich erstreckendem, strichförmig angeordneten, teils schmalem, teils breiten und tiefen Kavernom.

3. Das in der vorigen Sitzung demonstrierte Kind mit ausgedehntem Lupus erythematodes chronicus, welches nach Goldbehandlung (Krysolgan), die im übrigen günstig auf den Lupus erythematodes wirkte, eine an Rumpf und Extremitäten lokalisierte ausgedehnte Eruption, zum Teil anscheinend follikulär angeordneter, durchschnittlich stecknadelkopfgroßer bis höchstens linsengroßer Herde von Lupus erythematodes bekam, von dem Typus des chronischen L. e. Allgemeinbefinden dabei gut. Histologische Untersuchung bestätigte die Diagnose.

Aussprache:

Herr *Bruhns* erinnert daran, daß auch *Ehrmann* und *Falkenstein* in ihrer ausführlichen, neueren Arbeit besonders betont haben, daß in Fällen von L. e. chronicus cum exacerbatione acuta dieses Akutwerden namentlich auf Einwirkung von Reizen hin, wie Belichtung, irritierender Behandlung usw. beobachtet werde.

Herr *Saalfeld.*

Herr *Rosenthal.*

Herr *Buschke.*

5. *Erich Langer* (Klinik *Buschke*):

1. *Gummata an der Stelle von Wismutinjektionen:* 45jähriger Patient, der 1900 einen Primäraffekt gehabt hat und bis 1905 fünf Schmierkuren gemacht hat, danach Wa.R. angeblich immer negativ. Im Oktober 1926 erkrankt Patient an einem Ausschlag und wird damit im November 1926 aufgenommen. Es handelt sich dabei um ein über den ganzen Körper ausgedehntes, oberflächliches, gruppiertes, tertiäres Syphilid. Behandlung mit Jodkali und Bi-Injektionen. Nach der sechsten Bi-Injektion Klagen über Schmerzen in den beiden Hüftgelenken bei aktiver und passiver Bewegung. Objektiv nichts feststellbar. Unter der weiteren Behandlung, unter der das Syphilid abheilte, Zunahme der Schmerzen, so daß mit der zehnten Bi-Injektion die Kur abgebrochen und als Schmierkur fortgeführt wird. Verschlechterung des Allgemeinbefindens, Appetitlosigkeit, subfebrile Temperaturen. Schmierkur wird ebenfalls abgesetzt. Nur unter großen Schmerzen ist Patient zum Gehen zu bewegen. Röntgenologisch bei wiederholten Kontrollaufnahmen beide Hüftgelenke frei, keine periostalen Veränderungen, keine sichtbaren Wismutablagerungen in der Glutäalmuskulatur. Dagegen läßt sich jetzt eine sehr erhebliche *Atrophie der Glutäalmuskulatur* feststellen, die sich infiltriert und ödematös anfühlt. In den diffusen Infiltrat sind zahlreiche, harte, bis zu kinderfaustgroße, sehr schmerzhafte Knoten fühlbar. Es scheint sich demnach um *multiple Gummen* auf dem Boden der früher vorgenommenen Wismutinjektionen und um eine damit in Verbindung stehende hochgradige *Atrophie der Glutäen* zu handeln, durch die allein die Bewegungsstörungen bedingt sind.

2. *Therapieresistente Lues III.*

Jetzt 33jähriger Patient, der bereits vor 2 Jahren in der Märzsitzung vorgestellt wurde und damals das Bild einer totalen gummösen Zerstörung

Digitized by Google

des Penis mit schwerer Blutung und einem taubeneigroßen ulzerierten Syphilid am Mons veneris aufwies. Seit dieser Zeit ist Patient ununterbrochen in unserer Behandlung. Unter Schmierkur und Jodkali heilte die gummöse Zerstörung am Penis mit Granulations- und Narbenbildung ab. Der Penis ist stark verstümmelt. Urinentleerung aus einer dünnen Schleimhautrinne, die zum großen Teil freiliegt, gut möglich. Dagegen reinigten sich die Ulzerationen am Mons veneris nicht. Unter der kombinierten Salvarsan- (im ganzen 5,2 g) Schmierkurbehandlung kam es statt zur Abheilung zu einer weiteren Ausdehnung der ulzerösen Prozesse auf dem Mons veneris. Nach einer Röntgenreizbestrahlung fing zwar zentral eine Granulationsbildung an, am Rande schritt die Ulzeration aber serpiginös weiter. Auch eine Pyrogallusbehandlung blieb erfolglos. Es bildeten sich außerhalb der Ulzeration neue Knoten, die einschmolzen, durchbrachen und sich dann serpiginös weiter ausdehnten, zum Teil mit dem alten Herd konfluierten. Im Herbst 1925 wurde unter Berücksichtigung des schlechter werdenden Allgemeinbefindens und der weiteren Ausdehnung der ulzerierten Herde vorsichtig mit einer Wismut-Jodkalibehandlung begonnen. Nach der sechsten Injektion mußte wegen Darmerscheinungen abgebrochen werden. Nach Besserung des Allgemeinbefindens kombinierte Höhensonnen-Novotropinbehandlung, ohne wesentliche Beeinflussung der Erscheinungen zu erreichen. März 1926 Versuch einer Schmierkur-Jodkalibehandlung. Nach 3 Wochen Aufhören wegen Dermatitis. In den folgenden Monaten Verschlechterung des Allgemeinbefindens, starke Gewichtsabnahme, Magen- und Darmerscheinungen, Ausscheidung von großen Mengen Eiweiß (Amyloid?), Depressionszustand. Erst im Juli 1926 geringe allgemeine Besserung, daraufhin Beginn einer neuen Neosalvarsanbehandlung. Bis September werden im ganzen 3 g gegeben. Trotzdem bilden sich auf einem zunächst intertriginösen Ekzem in beiden Oberschenkelbeugen anfangs oberflächliche, dann tief und sich serpiginös ausdehnende Ulzerationen mit der typischen tertiär-luetischen Form. Oktober/November 1926 erneute Röntgenreizbestrahlung, ohne Besserung zu erzielen. Wie bisher immer Reinigung der Ulzerationen, schlaffe Granulationsbildung und serpiginöses Weiterschreiten, so daß *in toto der Prozeß sich über dem Mons veneris bis zur Hälfte zwischen Symphyse und Nabel und seitlich bis fast an die Spinae il. ant. und auf der Oberschenkelinnenseite bis zur Mitte derselben ausdehnt.* Dekubitus über dem Kreuzbein. Wegen des wieder sehr schlechten Allgemeinbefindens kann eine neue spezifische Behandlung nicht vorgenommen werden. Versuch einer oralen Eiweißtherapie muß wegen Magen-Darmstörungen aufgegeben werden. Ende Dezember 1926 Beginn einer Wundbehandlung mit Granugenol als Salbe nach Anfrischung der Wundränder. Seit Mitte Januar 1927 plötzliche allgemeine Besserung. Patient ist bedeutend frischer, auch psychisch wieder besser, nimmt an Gewicht zu. Die Ulzerationen sind vollständig gereinigt und granulieren. März 1927 sind die Herde sämtlich vollständig vernarbt, Patient kann bereits wieder einigermaßen herumgehen. Wesentliche Allgemeinbesserung.

3. *Demonstration eines Präparates von einer phlegmonösen gonorrhöischen Arthritis.*

22jähriger Mann, der wegen einer Gonorrhoe ant. post., Adnexitis und phlegmonösen Arthritis eingeliefert wurde. Er bekam Erscheinungen einer gonorrhöischen Sepsis. Typische Fieberkurve, Gonokokken wiederholt im Blut nachgewiesen. Während der Besserung plötzlich septische Angina.

Digitized by Google

Exitus nach 3 Tagen. Das Gelenk zeigt eine sulzige Verdickung des ganzen paraartikulären Bandapparates, durch den die Gelenkflächen fest gegeneinandergepreßt werden. Keine Arrosion der Knochenenden. Dieser pathologische Befund beweist am besten die Richtigkeit der von uns stets bei den paraartikulären gonorrhöischen phlegmonösen Arthritiden eingeschlagenen Therapie, das Gelenk in Gips zu legen und versteifen zu lassen, während wir bei den anderen benignen Formen der gonorrhöischen Gelenkerkrankungen mit der üblichen Therapie sehr gut zum Ziele kommen.

Aussprache:

Herr *Buschke:* Wir behandeln nur die glücklicherweise seltenen Formen phlegmonöser gonorrhöischer Arthritis mit Fixation zur Erzielung von Ankylose besonders im Kniegelenk, da wir uns durch vielfältige Versuche überzeugt haben, daß es — wenigstens am Kniegelenk — kaum gelingt, Beweglichkeit zu erzielen, und dann entstehen nur Kontrakturen. Bei den übrigen gon. Gelenken erzielen wir fast immer normale Beweglichkeit.

Herr *Fritz Lesser:* Betrachtet man den vorgestellten Fall von Lues III ohne Voreingenommenheit, so muß man neben der Möglichkeit, daß es sich um eine jeder antisyphilitischen Behandlung trotzende tertiäre Lues handelt, auch noch die zweite Möglichkeit berücksichtigen, nämlich, daß ein *phagedänischer Schanker auf tertiärluetischer Basis* vorlag. Gerade das Moment, daß der ulzeröse Prozeß während der antisyphilitischen Behandlung weiter gekrochen ist und erst bei Lokalbehandlung zur Heilung kam, spricht gegen Gummata; die Gummiknoten stellen stationäre Nekrosen dar, die sich nicht serpiginös ausbreiten. Andererseits wissen wir, daß ein Furunkel oder ein Herpes bei einem Luetiker im Spätstadium ulzerös zerfallen kann und dann einem tertiärluetischen Prozeß, einem Gummi, täuschend ähnlich sieht. Solche Affektionen werden durch antisyphilitische Behandlung günstig beeinflußt, wenn sie auch nicht dadurch vollkommen abheilen brauchen. Und so möchte ich auch im vorliegenden Falle die Möglichkeit nicht von der Hand weisen, daß es sich um einen phagedänischen Schanker auf luetischer Basis handelte.

Herr *Buschke:* Man kann natürlich die Frage diskutieren, ob ein Phagedänismus vorliegt. Das ist aber deshalb hier nicht anzunehmen, weil die spezifische Therapie am Anfang erfolgreich war.

6. Herr *Arndt:* 1. Fälle von Lichen nitidus.
2. Lichen nitidus und Lichen ruber planus.
3. Lupus erythematodes.
4. Dermatomyositis.
5. Nicht hereditäres Keratoma palm. et plant.
6. Myxoedema tuberosum bei Basedow.

Aussprache:

Herr *Sklarz:* In der Literatur sind Fälle von der Art, wie Herr Prof. *Arndt* soeben einen als Dermatomyositis gezeigt hat, auch als Dermatoneuromyositis dargestellt worden. Ich erinnere mich im Augenblick an eine diesbezügliche Arbeit von *Simonsohn* aus der *Herxheimer*schen Klinik und an eine Publikation aus der Breslauer Nerven- und Hautklinik. Bei den in Frage kommenden Fällen bestanden ebenfalls merkwürdige Erscheinungen von seiten des Verdauungskanals, wie der hier vorgestellte Fall ja auch Schluckbeschwerden auf-

NORTHWESTERN UNIV. MED. SCHOOL LIBRARY
Digitized by Google

wies. Bei dem *Simonsohn*schen Fall wurde sogar, wenn ich mich recht erinnere, eine Operation wegen Ileus- oder Peritonitisverdachtes vorgenommen, ohne daß etwas gefunden wurde. Es handelte sich hier wohl um Erscheinungen, die mit Alterationen des Plexus coeliacus zusammenhängen mögen, Erscheinungen, wie man sie auch ohne Dermatoneuromyositis gelegentlich bei schwerer Arteriosklerose von seiten des Ganglion solare und bei Splanchnikusaffektionen sehen kann, wenn man sie nur richtig deutet. Diese Dinge erscheinen bei Fällen von Dermatoneuromyositis wichtig, man muß sie kennen, um nicht gelegentlich überflüssigerweise zu operieren. — Eines größeren Interesses entbehrt in diesem Zusammenhang gewiß nicht ein Fall aus meiner Praxis. Der Patient hatte auch eine Dermatoneuromyositis mit Schluck- und Magenbeschwerden. Obwohl ich mir bewußt war, daß diese rein nervösen Ursprungs sein konnten, hörten wir nicht auf, weiter zu untersuchen, und schließlich wurde tatsächlich ein Ösophaguskarzinom festgestellt, an dem der Kranke viele Monate später zugrunde ging. Diese Darlegungen sprechen in ihrer Gesamtheit für sich selber: sie mahnen zu gründlichster Untersuchung der Kranken und vorsichtigster Bewertung alle Symptome.

Herr *Pinkus:* Der eine Fall von Herrn *Arndt* erinnert mit der ekzematösen Ausbreitung um die Lichen nitidus-Herde und an anderen Stellen an die Fälle, welche im vergangenen Jahr *Barber* in London beschrieben hat. Wenn dieser Fall mit seinen ekzematösen und lichenisierten Flächen an den Armen und vor allem an den Oberschenkeln in das Gebiet des Lichen nitidus zu rechnen ist, dann zeigt es sich, daß diese, bisher anscheinend bedeutungslose und nur durch ihren histologischen Bau Aufmerksamkeit erregende Dermatose in Zukunft doch größere Beachtung als Grundlage chronischer Entzündungszustände der Haut gewinnen wird.

Herr *Arndt.*

7. Herr *Bruhns:*

1. *Akromegalie.* 31jähriger Mann, Anamnese bez. früherer Krankheiten und erblicher Belastung belanglos. Seit 1915 merkt Patient Wachstum der Hände und Füße. 1914 hatte Patient Stiefelgröße 42, jetzt ist 46 zu klein, er muß sich Schuhe nach Maß machen lassen. 1916 fiel einem Zahnarzt auf, daß die Zähne des Ober- und Unterkiefers nicht aufeinanderpaßten.

Jetzt tritt der Unterkiefer weit hervor, die Zähne differieren ganz voneinander, die Zunge ist sehr vergrößert, die Oberfläche vergröbert. Dicker Hals, die Seitenteile des Thorax verbreitert, Hände und Füße bedeutend vergrößert. Die Ursache der Akromegalie sehen wir in einer Wucherung der eosinophilen Zellen des Vorderlappens der Hypophyse, die Geschwulst ist meist eine gutartige im Sinne eines Adenoms. Die Wucherung kann Gesichtsfeldeinschränkung bewirken, hier ist sie nicht vorhanden. Es besteht am Augenhintergrund Chorioiditis disseminata, keine Abnahme der Sehschärfe (abgelaufene tuberkulöse Erkrankung?). Nichts von Lues nachweisbar. Schilddrüse kaum vergrößert. Blutbefund im wesentlichen normal, speziell keine Polyglobulie. Es besteht Polydypsie, sehr starker Appetit. Behaarung am Körper reichlich. Genitalorgane gut entwickelt, aber Impotenz seit mehreren Jahren, auch die Libido seit ca. 2 Jahren geschwunden. Innere Organe sonst o. B. Intelligenz gut. Röntgenbefund zeigt Vergrößerung der Sella turcica ungefähr auf das Vierfache. Therapie: Organ-

Digitized by Google

präparate ohne Erfolg gegeben, auch Versuch einer Luesbehandlung hat zu nichts geführt. Es soll Röntgenbestrahlung des Schädels versucht werden.

2. *Salvarsanexanthem.* Seit 6 Wochen bestehend, nach der vierten Spritze (normale kleine Dosen) aufgetreten, in Form von Flecken, die vollkommen einer Pityriasis rosea gleichen, nur an einer Stelle des Rückens etwas streifenförmig. Seit zirka einer Woche lichenifizieren sich einige der Flecken, so daß sich jetzt ein Salvarsanlichen zu entwickeln scheint.

3. *Bericht über tödlich verlaufenen Fall von akutem Lupus erythematodes.*

Fall von L. eryth. cum exacerbatione acuta (nach Bezeichnung von *Ehrmann* und *Falkenstein*). 32jährige Frau, hatte typischen Lupus erythematodes der Wangen seit 1917, war gebessert, wieder verschlimmert, seit Sommer 1925. Im November 1925 plötzlich erysipelähnliche Schwellung und Rötung im Gesicht, am Hals bis unterhalb der Mammae, an der Unterbauchgegend und an den Armen. Hohe Temperaturen bis 40° von etwas septischem Verlauf. Das Besondere war außerordentlich große Blasenbildungen, schließlich durch Konfluenz Abhebung der ganzen Oberhaut von der oberen Brustgegend bis zu den Inguines, ebenso an den Armen, wie bei Verbrennung zweiten Grades (Demonstration von Abbildungen). Nach ziemlich rasch erfolgter Überhäutung atrophische Hautbeschaffenheit besonders im Gesicht, auch außerhalb der früher befallenen Stellen, an der oberen Brustgegend und an den Armen. Im Blut fehlten die eosinophilen Zellen. Unter anhaltendem Fieber Exitus ca. 4 Wochen nach Beginn des akuten Ausbruches. Sektion ergab nichts Wesentliches, eine verkalkte Mesenterialdrüse, sonst nichts von Tb. Im Gehirn bei genauer histologischer Untersuchung (Prof. *Bielschowsky*) nichts Besonderes nachweisbar.

4. *Achorion gypseum.* Kulturen und Bilder von zwei Fällen. Im ersten Fall markstückgroße, trockene, schuppende Stelle an der rechten Hand vom Aussehen einer Trichophytie. Die betreffende Patientin gab selbst an, daß sie sich wohl von ihren Hühnern infiziert habe; bei diesen wurden gelbe, favusartige Beläge auf den Kämmen gefunden. Abimpfung von dem Herd bei der Patientin ergab weißgelb gefärbte Kulturen, mikroskopisch mit sehr vielen Spindeln, Reinokulation auf Ratte und besonders auf einen Halm ergab favusähnliche Skutula. Der Herd bei der Patientin heilte von selbst ab. Der zweite Fall zeigte große impetigoähnliche Blasenbildung am Zeigefinger, Abimpfung ergab gleiche Kultur wie in Fall I, Tierimpfung fehlt allerdings noch. Dieser Fall heilte nur unter antiparasitärer Behandlung aus.

Aussprache:

Herr *Pulvermacher* weist darauf hin, daß die in dem hier vorgestellten Fall von Akromegalie vorhandene Impotenz auf eine Störung der benachbarten Nervenzentren hindeutet. Der Hypophysenvorderlappen scheine in der Präpubertätsperiode bis zur Reifung die Keimdrüsenfunktion zu fördern und später für ihren Befund zu sorgen; bezüglich der Therapie erinnert *P.* an die Arbeiten von *O. Hirsch*, Wien. Bei den bisher vorliegenden geringen Befunden über die Haut bei Akromegalie wird um diesbezügliche histologische Untersuchung gebeten.

Herr *Arthur Alexander:* Wir haben außer den von Herrn *Bruhns* erwähnten noch einen dritten Fall von Achorion gypseum beobachtet, der aus

Digitized by Google

Dresden stammt und dessen Kultur mir Herr Prof. *Werther* zur Agnoszierung sandte. Es handelt sich um ein Kerion Celsi des Kopfes bei einem Knaben. Aber auch hier beim Menschen eine rein trichophytoide Läsion, während mykologisch und tierexperimentell ein Favus vorlag.

8. Herr *Heller: Koilonychie und Morbus Basedow.* Die vorgestellte 25jährige Kaufmannsgattin stammt aus gesunder Familie, war selbst gesund, trieb ohne Störung Sport, heiratete 1923. Bereits vor der Hochzeit fiel ihr ein Stärkerwerden des Halses auf. Allmählich stellten sich Störungen von seiten des Herzens ein: Schwierigkeiten beim Treppensteigen, Luftmangel usw. Der Halsumfang soll stärker geworden sein. Patientin schwitzt sehr leicht, zeigt Neigung zum plötzlichen Erröten. An den Nägeln traten die ersten Erscheinungen vor 5 Jahren, also zu einer Zeit auf, in der noch keine Kropfsymptome bestanden. Es kam zu einer „Abblätterung" der Nägel, die bald ausheilte. Der jetzige Zustand der „Schüsselbildung" der Nägel besteht seit etwa 2 Jahren. Jetziger *Status:* Umfang des Halses 34, 36, 38 cm; leichter Dermographismus, Neigung zur allgemeinen Schweißbildung, speziell Hyperidrosis der Hände; leichte leise systolische Geräusche an allen Ostien des Herzens, Verbreitung des Herzens nach rechts; Blutdruck 140:80, Tremor der Augenlider. An den Fingernägeln ist R II und III, L II und III stark ausgehöhlt, R IV zeigt beginnende Koilonychie. Die Platten von L II und III sind etwas rauh und uneben, die Lunula überall gut erhalten. Kein subunguales Polstergewebe an den ausgehöhlten Nägeln. Es lassen sich in die Höhlungen bis acht Tropfen Wasser einfüllen. Besteht ein kausales Verhältnis dieser typischen Koilonychie zu Morbus Badedow? Man berücksichtige, daß in sehr vielen Fällen von Koilonychie Basedow-Symptome fehlen. Ich selbst habe unter 80 Fällen von Hyperthyreodismus nur einmal die Kombination der Symptomenkomplexe gesehen. Die Vorgeschichte ergibt, daß 1—2 Jahre vor Auftreten der Kropfsymptome eine Nagelerkrankung bestand, die wohl mit der jetzigen in Verbindung zu bringen ist. Objektiv kann man in diesem Falle in bezug auf die Ätiologie nur von einem „non liquet" sprechen.

9. *Martin Gumpert* (Schlußwort zu dem Vortrag): *Zur Geschichte der Abnahme der Syphilis.*

Die Statistik ist zweifellos das mystischste Gebiet der Medizin, alles Mißtrauen ist hier gerechtfertigt. Ich hätte mich nicht auf diesen gefährlichen, offenbar nur wenigen vorbehaltenen Boden begeben, wenn ich nicht alle theoretischen Bedenken absichtlich beiseite gelassen und in ganz naiver Weise alle mir aus dem fraglichen Zeitabschnitt erreichbaren Syphilisstatistiken nebeneinander gestellt hätte. Es würde zu zeitraubend sein, die Einzelheiten der *Haustein*schen Gegenargumente hier zu widerlegen, dies geschieht an anderer Stelle. Selbstverständlich geben die militärischen Angaben, wie Herr *Haustein* einwendet, kein klares Bild über den absoluten Stand der venerischen Erkrankungen, da sie sich ja nur auf eine kleine, wenn auch die wichtigste, Altersgruppe stützen können. Das ist aber für meine Fragestellung belanglos. Die auffallende Übereinstimmung in den Schwankungen der heterogensten Kurven — Militär-, Krankenhaus- und Landesstatistiken — ist so unleugbar und auffallend, daß daraus doch gewisse Schlüsse gezogen werden können, denn es würde geradezu an Telepathie grenzen, wenn mehrfach zu gleicher Zeit in Italien und Schweden, den Polen Europas, die gleichen statistischen Denkfehler unterlaufen wären. Aus einzelnen Diskussionsbemerkungen geht hervor, daß ich in meinen Schlußfolgerungen mißverstanden

Digitized by Google

worden bin. Ich habe keineswegs bestritten, daß sozialökonomische Faktoren und moderne Therapie einen gewissen Anteil an der Abnahme der Syphilis haben, ich wollte jedoch darauf hinweisen, und zwar an Hand eines nun schon historisch gewordenen Vorgangs, daß diese Einflüsse die eigentümlichen Syphilisschwankungen nicht restlos erklären können, sondern daß noch andere Ursachen wirksam sein müssen, die auch ich nicht kenne, sie werden vermutlich soziologischer oder rein epidemiologischer Natur sein. Es wäre verfehlt, wie Herr *Lesser* es will, triumphierend auf unsere ärztlichen Erfolge hinzuweisen, wenn die Möglichkeit besteht, daß unser Optimismus sich als Täuschung erweist; wir können uns derartig verhängnisvolle Fehlschlüsse nicht leisten. Herr *Lesser* verwirft jede Statistik, aber es gibt nun einmal kein besseres Mittel, um sich über die Häufigkeit von Krankheiten ein Urteil zu bilden. Wenn aber, wie es für den von mir herangezogenen Fall zutrifft, auch die subjektiven Eindrücke der damaligen Ärzte zum größten Teil die objektiven Zahlen bestätigen, so gewinnen diese dadurch meines Erachtens an Wahrscheinlichkeit. Wir müssen bedenken, daß die Charitéstatistik zur Zeit des höchsten Syphilisanstiegs begonnen wurde, und daß ein Abfall von mehreren hundert Prozenten auch früher schon zeitweise beobachtet worden ist, wie uns Paris zeigt. Besonders wertvoll waren mir in dieser Hinsicht die Bemerkungen von Herrn *Mathias*, daß auch 1520 und 1830 schon starke, vorübergehende Syphilisrückgänge festzustellen waren. Ich habe daraufhin die Literatur des 16. Jahrhunderts oberflächlich durchgesehen und bereits mehr als 20 Autoren der damaligen Zeit gefunden, die ein Milderwerden der Syphilis beschreiben, einen auffallenden und ständigen Rückgang, so daß viele von ihnen mit Sicherheit darauf gerechnet haben, daß die Seuche in wenigen Jahren vollständig erloschen sein werde. Die Zusammenstellung dieser Dokumente werde ich an anderer Stelle vornehmen.

Aber auch die Beziehungen zwischen Lues und Gonorrhöe sind so ungeklärt, daß sie weder für die sozialökonomische noch für die therapeutische Begründung des Syphilisrückgangs herangezogen werden können. Die einen sagen, die Gonorrhöe macht die Syphilisschwankungen mit, also seien wirtschaftliche Motive maßgebend, die anderen, die Gonorrhöe bleibe unverändert, also das Salvarsan. Um nur aus letzter Zeit drei Gegenbeispiele anzuführen — *Kromeyer* hat schon viel früher einmal auf diese Divergenzen hingewiesen —: In Österreich hat die Lues von 1920—1924 konstant abgenommen, die Gonorrhöe hingegen sinkt bis 1922 steil ab, steigt aber bis 1924 wieder steil in die Höhe. Bei der Reichsmarine hat von 1922—1923 die Syphilis stark zu-, die Gonorrhöe stark abgenommen, in Frankfurt a. M. hat die Gonorrhöe von 1900—1926 stark abgenommen, die Syphilis hingegen ist beträchtlich angewachsen.

Bei der zurzeit so überaus verwickelten Organisation unseres Standes ist es, glaube ich, dem einzelnen fast unmöglich, sich auf Grund subjektiver Beobachtungen — und objektive fehlen uns bekanntlich — ein zulässiges Urteil über die Zukunft der venerischen Krankheiten zu bilden. Zweifellos spielen auch, worauf Herr *Heller* hinwies, periodische Wandlungen in der Form der Liebesbeziehungen eine nicht unbedeutende Rolle. Der Sinn historischer Betrachtung scheint mir darin zu liegen, in derart unentschiedenen Augenblicken einen Weg zu weisen. Wer nun recht behalten wird, läßt sich erst in einigen Jahren sagen.

Digitized by Google

Periodische Literatur.

Zusammengestellt von Dr. *Arthur Alexander* in Charlottenburg.

Dermatologie.

Allgemeine Symptomatik. Kasuistik.

St. Jellinek: **Die Formation der elektrischen Strommarke.** Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 148. S. 433.

Drei charakteristische Eigenschaften kennzeichnen die elektrische Strommarke: die Kreisform, die Derbheit und die meist graue, grauweiße oder braune Farbe. Es handelt sich nicht um eine Brandwirkung.

Naß-Stolp.

J. Lewin: **Ein Fall von Dermatitis exfoliativa universalis subacuta.** Kasanski Medicinski Journal. 1926. Nr. 11.

Da sich in der russischen Literatur nach Verf. bisher nur 5 Fälle von Dermatitis exfoliativa Wilson finden, bringt er eine derartige Beobachtung bei einem 54jährigen Mann, welche Interesse beansprucht durch die schnelle Entwicklung, im Laufe weniger Wochen, und durch die völlige Heilung dank innerer Anwendung stärkender Mittel (As, Fe und Ol. jec. asselli) bei täglichen Bädern. *A. Jordan.*

A. Feldmann: **Über professionelle Erkrankungen bei der Arbeit mit Steinkohlenteer auf der chemischen Fabrik Smoljaminowsk.** Prophylactitscheskaja Medicina. 1926. Nr. 10.

Zu der Beobachtung von Dr. *Solowjew* über Erkrankungen, veranlaßt durch Staub von Steinkohlenteer beim Ausladen desselben in Kiew, fügt Verf. 12 ebensolche Beobachtungen bei Arbeitern, die sich mit dem Verladen desselben in Stalino beschäftigten. Das Gesicht war purpurrot und geschwollen. Schwellung der Lider. Hyperämie der Konjunktiva der Lider wie des Bulbus. Lichtscheu. Tränenfluß. Alle diese Erscheinungen entwickelten sich bereits nach einer Nachtarbeit bei freilich an diese Arbeit nicht gewöhnten Leuten und machten sie für 1—2 Wochen arbeitsunfähig. Als prophylaktische Maßregel verlangt Verf. die Ausgießung des Teers nicht in Gruben, sondern in Fässer. *A. Jordan.*

Sewald: **Welcher Art sind die Schädigungen bei Unglücksfällen unter den Arbeitern mit Naphtha in Baku?** Prophylactitscheskaja Medicina. 1926. Nr. 10.

Unter 3984 in einem Jahre verzeichneten Unglücksfällen fielen: 1853 auf die oberen, 1180 auf die unteren Extremitäten, 508 auf den Kopf und 188 auf den Körper. Mit mehrfachen Beschädigungen kamen 202, und mit sonstigen Schäden 43 Personen. Im Speziellen handelte es sich um verschiedene Verletzungen in 33 %, und verschiedene Verwendungen in 47 %, ferner um Verbrennungen in 5,7 %, um Frakturen in 1,8 %, um Fremdkörper im Auge ohne Beschädigung der Kornea in 1,5 %, um solche mit Beschädigung der Kornea in 1,7 %, der Rest auf die mannigfachsten Beschädigungen, wie Verrenkungen, Zerrungen, Hernien usw.

A. Jordan.

Digitized by Google

Gregor und *Gastineau:* **Dermatitis factitia.** Urol. a. cut. review. 1926. Bd. 30. Nr. 4. S. 202.

Mehrere Fälle von „hysterischen Selbstverletzungen". Meist Ulzera durch Schwefel- und Karbolsäure, hervorgerufen aus den verschiedensten Motiven. *August Simon*-Bonn.

C. P. Bondurant: **Phenolphthalein Dermatitis.** Urol. a. cut. review. 1926. Bd. 30. Nr. 10. S. 586.

Phenolphthalein wird als Laxans sehr viel verordnet und führt meist nach längerem Gebrauch bei vielen Patienten (besonders bei Brünetten) zur Intoxikation. Oft tritt schon nach 24 Stunden nach der letzten Medikamention ein masulöses Exanthem auf. Die Flecken stehen vereinzelt oder gruppiert, sind von roter bis brauner Farbe in den verschiedensten Farbennuancen. Im Zentrum oft Blasenbildung, die zu oberflächlichen Ulzerationen führen kann; besonders dies im Gesicht, im Munde und am Genitale. Dabei Jucken und Brennen, leichte Kopfschmerzen, Fieber, Müdigkeit, Pulsbeschleunigung. *Diff. Diagn.:* Antipyrin-Exanthem. Bei Erscheinungen an der Zunge und der Mundschleimhaut ist an Lues, Erythema bullosum und Pemphigus zu denken. *August Simon*-Bonn.

Reiner Müller: **Fingerdermatitis durch Apfelsinenschälen.** Münch. med. Woch. Nr. 21. 1926.

Beobachtung einer Fingerdermatitis mit Bildung von 1—2 mm großen Bläschen an den Interphalangealseiten der Finger, die immer wieder zur Zeit der Apfelsinensaison rezidivierte. Sie war durch eine Idiosynkrasie gegen den Saft der Öldrüsen der Apfelsinen entstanden und heilte nach Fernhaltung der auslösenden Schädlichkeit vollkommen ab.

J. Weinstock-Charlottenburg.

O. Dittrich-Kiel: **Kodeinexantheme.** A. f. D. 150. S. 120.

Bei einem tuberkulösen Patienten trat nach Kodeingebrauch mikropapulöses, follikuläres Exanthem auf, am Rumpf, an den Streckseiten der Extremitäten. Das histologische Bild ähnelt dem von akuter Dermatitis. Beim zweiten, der vor einem Jahre an artifizieller Dermatitis erkrankt war, trat an den früher erkrankten Stellen ein kleinfleckiges Exanthem auf. Es scheinen hier zwei Faktoren zusammenzutreffen: der zentrale Reiz, die Vasodilatatorenreizung durch das Kodein und die periphere Gefäßbeeinflussung durch vorausgegangene Schädigungen.

Zemplenyi-Hamburg.

Otto Kren-Wien: **Ein Beitrag zur Pflanzendermatitis.** A. f. D. Bd. 149. S. 96.

Es handelt sich um eine durch die Orakelblume (Chrysanthemum leukanthemum) hervorgerufene ödematös-erythematös-vesikulöse Dermatitis. Und zwar waren die mit Haaren bedeckten Blätter und Stengel der Pflanze hautreizend, während die Blüten keine Dermatitis erzeugten. Das Auftreten der Dermatitis, auch ohne direkte Berührung der Blumen, macht es wahrscheinlich, daß abtrocknende Härchen, durch den Wind vertragen, ebenfalls imstande sind, Dermatitis zu erzeugen.

Hopf-Hamburg.

S. Schoenhof-Prag: **Hautgangrän nach Kohlenoxydvergiftung.** Derm. Wo. Bd. 83. Nr. 35.

Bei einer 46jährigen Frau kam es etwa 4 Wochen nach einer schweren Kohlenoxydvergiftung, von der sie sich bereits völlig erholt hatte und

Digitized by Google

ihrer Arbeit nachgegangen war, zu zwei Hautnekrosen an der linken Ferse, von denen die eine bald abheilt, während die andere monatelang bestehen bleibt. Außerdem bestand bei der Frau noch eine Lues jüngeren Datums (Leukoderm. pos. Wa.-R.). Für das Entstehen der Nekrose ist wohl die überstandene Kohlenoxydvergiftung verantwortlich zu machen, durch die es zu einer Reizung des Sympathikus und der Vasomotoren gekommen ist, die sich in Ernährungsstörungen und degenerativen Veränderungen der Gefäßwand äußert. Vielleicht spielt auch noch ein Druck oder Trauma, die während der Bewußtlosigkeit infolge der Vergiftung an dieser Stelle ausgeübt worden sind, eine Rolle. *Krüger*-Sagan.

Pinkus: **Gesichtsekzem.** M. K. 1926. 37.

Diese mehr im Ton einer interessanten Plauderei gehaltene Arbeit führt einen energischen Kampf gegen die Primel, vor allem ihre Unterart, die berüchtigte Primula obconica und gipfelt in der Forderung eines gesetzlichen Verbotes jener hübschen und dankbar zu pflegenden Blume. Zwei Drittel aller Gesichtsekzeme sollen auf die bei uns fast ubiquitäre Blume zurückzuführen sein. Der Kampf gegen die Primelkrankheit ist deswegen aussichtslos, weil eine Desensibilisierung gegen ihr Gift unmöglich zu sein scheint im Gegensatz zu dem Gifte der Rhusarten.

Siegfried-Aachen.

Evening-Düsseldorf: **Beitrag zur Lehre des Ekzems (Funktionsprüfung usw.).** Derm. Wo. Bd. 83. Nr. 37 u. 38. 1926.

Untersuchungen an zahlreichen Ekzematikern und Hautgesunden mit Formol, Arnika, 1% Sublimatlösung und Olobintin ergaben bei Ekzematikern in 36% positive Resultate. Dabei war kein Unterschied festzustellen, ob es sich um konstitutionelle oder gewerbliche Ekzeme handelt. Bei Säuglingen und Kleinkindern war der Prozentsatz bedeutend geringer und zeigt, daß die kindliche Haut fast gar nicht auf exogene Faktoren reagiert. Bei Hautgesunden war der Prozentsatz 2,2, also sehr gering und wesentlich geringer als bei anderen Untersuchern (*Bloch*). Unter diesen sind die sogenannten Ekzemkandidaten zu suchen.

Erfahrungen bei der Therapie des Ekzems haben gezeigt, daß in nicht geringem Maße auch endogene Faktoren für das Zustandekommen des Ekzems eine Rolle spielen. Chemisch-physikalische Untersuchungen des Blutes sind dabei hauptsächlich notwendig. Sie erfordern aber eine einwandfreie Technik und dauernde Kontrolluntersuchungen an Hautgesunden, um eine Sicherheit zu haben, daß die gefundenen Werte auch richtig sind. In der Klinik wurde eingehend der Chlorgehalt des Blutserums untersucht und als vorläufiges Ergebnis wird mitgeteilt, daß im Durchschnitt der Chlorgehalt des Serums bei Ekzematikern in geringem Grade gegen die Norm erniedrigt ist. *Krüger*-Sagan.

L. Lortat-Jacob, Pellissier und *Gilbert-Dreyfus:* **Rolle der Salizylsäure und gewisser sogenannter blutreinigender Pflanzen bei der Provokation dyshidrotischer Prozesse.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 7. 1926.

Auf Grund einer größeren Beobachtungsreihe nehmen die Verfasser an, daß die in Pflanzen enthaltene Salizylsäure eine häufige Ursache dyshidrotischer Prozesse darstellt, die teilweise durch Pflanzen, teilweise durch Bier mit Salizylsäuregehalt in den Körper eingeführt würde. Daneben bleiben dyshidrotische Prozesse parasitärer Grundlage bestehen.

Zurhelle-Bonn.

Digitized by Google

Keller und *Marchionini:* **Beitrag zu den Beziehungen von Asthma und Ekzem. 2. Mitteilung: Salizylbildung im Blut.** A. f. D. 150, 41.

Die Verwandtschaft des spätexsudativen Ekzematoids mit dem allergischen Asthma wird durch verminderte Salizylbindungsfähigkeit des Blutes bestätigt. *Zemplenyi*-Hamburg.

A. Lenz-München: **Zur Kasuistik der Fox-Fordyceschen Krankheit.** Derm. Wo. Bd. 83. Nr. 45. 1926.

Beschreibung eines Falles von typischer Fox-Fordycescher Krankheit bei einer 24jährigen Patientin, die seit etwa 2 Jahren bestand. Sie ist lokalisiert auf beide Axillen, rechte Areola, Mons pubis bis dicht zu den großen Labien und besteht aus zahlreichen hautfarbenen, etwa hirsekorngroßen Knötchen, die reihenweise angeordnet sind. Subjektiv besteht starker Juckreiz, der sich besonders während der Menses verstärkt. Da Röntgenbestrahlung nicht zum Ziele führte, wurden die ganzen Stellen in beiden Axillen exzidiert und an den übrigen Stellen wurden die Effloreszenzen mit dem Paquelin gestichelt. Ob es sich bei der Fox-Fordyceschen Erkrankung nur um einen besonders lokalisierten Lichen chronicus (*Ehrmann*) handelt, oder ob sie mehr als eine durch pathologische Drüsensekrete hervorgerufene Ausscheidungsdermatose (*Fischer*) aufzufassen ist, ist vorläufig noch nicht zu entscheiden. *Krüger*-Sagan.

E. Schröpl-Hamburg: **Neurodermitis durch Oxyuren. Ein Beitrag zur Pathogenese der Prurigo.** Derm. Wo. Bd. 83. Nr. 30. 1926.

An der Hand von mehreren Fällen, die eingehend beschrieben werden, stellt Verf. die These auf, daß es infolge längerer Anwesenheit von Oxyuren im Organismus zu Hauterkrankungen vom Typ der Neurodermitis und der Prurigo mitis kommen kann. Er glaubt, daß beim Zustandekommen dieser Hauterkrankungen der Sympathikus und das Ganglion cöliacum eine Rolle spielen; beide werden durch Toxine der Oxyuren, die eine besondere Affinität zum Nervensystem besitzen, von der Darmschleimhaut aus gereizt. An den Stellen der Hautveränderungen konnten Abweichungen des Temperatur- und Schmerzsinnes festgestellt werden. Auf Testproben mit Oxyurenextrakt zeigt nur ein Patient eine deutliche Reaktion. Während die lokale Therapie in den meisten Fällen ohne dauernden Erfolg geblieben war, gelang es, durch Beseitigung der Oxyuren die Hauterkrankung zur Heilung zu bringen. *Krüger*-Sagan.

Herxheimer: **Über Neurodermitis. Fortbildungsvortrag.** M. K. 1926. 9.

Verf. unterscheidet Neurodermitis acuta und chronica. Letztere teilt sich in Neurodermitis im ersten Lebensjahre und Neurodermitis im Alter auftretend. Letztere zerfallen wieder in Neurodermitis disseminata und circumscripta. Beide Formen der *Neurodermitis im ersten Lebensjahre*, die *disseminierte* sowohl wie die *zirkumskripte*, erstrecken sich häufig über das ganze Leben, sie sind oft vergesellschaftet mit Rachitis resp. exsudativer Diathese. Histologie der verschiedenen Formen der Neurodermitis außer Ödem und Erweiterung der Blut- und Lymphgefäße lymphozytäre Infiltrate um Gefäße an Papillenbasis, wie miliare Tuberkel, ähnlich wie bei oberflächlicher Mykosis fung. Diese Lymphozytose ist als Reaktion aufzufassen gegen ein vom Blut her eindringendes Agens. Ätiologisch muß man denken an Krankheitsbereitschaft,

Digitized by Google

bedingt durch Störungen des Verdauungstraktus und innere Sekretionsanomalien, vielleicht auch Eiweißabbauprodukte. Oft auch Neurodermitis des ersten Lebensjahres zusammen mit Rachitis. Kriegskost weckt den Verdacht auf Fehlen von Vitamin als ursächliches Moment. Therapie zusammen mit Internisten wegen innerer Ursachen, dermatologisch zeitweilig Röntgen, später juckstillende Mittel, vor allem Teer und das von *Jadassohn* empfohlene Kalmitol, ein jodiertes Kampherpräparat mit Menthol und Skopolamin-Oleat. *Siegfried*-Aachen.

Radaeli Alessandro: **Untersuchungen über die vermuteten ätiologischen Beziehungen zwischen endokrinen Veränderungen und der Psoriasis.** Giorn. ital. di Dermatol. 1926. H. 4. S. 1130.

Unter Hinweis auf die Arbeiten von *Samberger* und *Brock* suchte *Radaeli* festzustellen, ob eine Herabsetzung der vitalen Funktionen der Haut bei Psoriatikern nachweisbar wäre. Wenn er die Patienten den Strahlen der Quecksilberdampflampe aussetzte, konnte er keine Differenz im Verhalten der Psoriastiker und der in dieser Hinsicht Gesunden feststellen.

Bei drei Psoriasiskranken prüfte er die Funktion der verschiedenen Drüsen mit innerer Sekretion und den Zustand des vegetativen Nervensystems, um eine eventuelle Beziehung dieser Faktoren mit der Psoriasis sicherzustellen. Es wurden Bestrahlungen der Thymus bei diesen Kranken vorgenommen, um festzustellen, ob als Folge dieser Röntgenbestrahlungen Veränderungen in der Dermatose und im vegetativen Nervensystem festzustellen wären.

Radaeli kommt zu dem Schlusse, daß, wenn man Beziehungen zwischen einem großen Teile der Psoriasisfälle und Veränderungen der Drüsen mit innerer Sekretion zulassen will, sich diese Beziehungen nicht auf die Thymusdrüse allein beschränken können, denn es gibt Fälle von Psoriasis, bei denen sich auch Veränderungen an anderen Drüsen nachweisen lassen.

Auch ließ sich nicht feststellen, daß die Röntgenbestrahlungen der Thymus eine exzitierende Wirkung auf die Drüse ausübten, denn bei dieser Hypothese sind viele andere Tatsachen in Betracht zu ziehen, und diese Tatsachen lassen sich auch auf andere Weise erklären.

Die therapeutische Wirkung der Thymusbestrahlungen erwies sich bei den so behandelten Fällen gleich null.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Entin: **Einige statistische Daten über die Psoriasis vulgaris.** Bjelorusskaja Medicinskaja Myssl. 1926.

Unter 148 Psoriatikern, welche 3.8 % der Hautkranken ausmachten, waren 71 Männer und 77 Frauen. In 23,7 % war die Psoriasis erblich, und zwar besonders oft bei der jüdischen Rasse. Die Rezidive der Psoriasis fielen häufiger in die Winter- und Frühlingsmonate. *A. Jordan*-Moskau.

M. B. Parounagian: **Psoriasis in a full-blooded negro. (Psoriasis bei einem Vollblutneger.)** Arch. of Derm. and Syph. Bd. 13. H. 1. Jan. 1926.

Nach einer Statistik der Amerikanischen Dermatologischen Gesellschaft beträgt der Prozentsatz an Psoriasis in Amerika 2,7 % aller Hautkrankheiten. Hingegen ist sie bei farbigen Völkern so selten, daß von Dermatologen ihr Vorkommen bei ihnen schon völlig negiert ist. Im vor-

Digitized by Google

liegenden Falle handelte es sich um einen 42jährigen reinrassigen Neger, der zahlreiche typische Psoriasiseffloreszenzen hatte, die völlig weiß waren. Die Diagnose konnte histologisch erhärtet werden. Langsamer Rückgang der Erscheinungen unter Quecksilber-Teer-Salbe. Die Seltenheit des Vorkommens der Psoriasis bei Vollblutnegern wird durch die im Anschluß an den Fall besprochene Literatur bestätigt. *Morison* fand sie bei 600 Weißen 26mal, bei 500 Negern und Mischlingen 2mal, bei Vollblutnegern und bei Mulatten 4mal. *Fox* konnte in den Südstaaten bei 2200 Weißen 49mal Psoriasis feststellen, bei derselben Zahl Neger nur 10 Fälle. Dasselbe bestätigen *Hazen, Wright, Schamberg. Lane* beobachtete, daß auch bei Vollblutindianern die Psoriasis selten sei. *G. H. Klövekorn*-Bonn.

Senin: **Zur Frage der Parapsoriasis.** Russki Westnik Dermatologii. 1926. Nr. 4. Nr. 7.

Von den drei beschriebenen Fällen des Verf. von Parapsoriasis ähnelten, sowohl klinisch als histologisch, zwei der Psoriasis vulg., der dritte einem Lichen ruber planus. *A. Jordan*-Moskau.

A. Paldrock-Dorpat: **Zur Muchow-Lewyschen Leprareaktion.** Derm. Wo. Bd. 83. Nr. 36. 1926.

Die Nachprüfung der Reaktion ergab, daß bei 25 Fällen, die an wohlausgebildeter Lepra tuberosa litten, nur die Hälfte positiv reagierte. Auch eine Verfeinerung und Kombination der Methode ergab völlig unregelmäßige und unbeständige Resultate. Bei der Nachprüfung der Reaktion bei anderen Hautkrankheiten stellte sich heraus, daß Patienten mit allgemeiner Furunkulose ebenfalls eine positive *Muchow-Lewy*sche Reaktion gaben. In der jetzigen Ausführung ist die Reaktion nach den Untersuchungen als spezifisches Diagnostikum für Lepra nicht anzusehen.

Krüger-Sagan.

W. H. Hoffmann: **Über eine allergische Reaktion bei der Lepra.** Münch. med. Woch. Nr. 31. 1926.

Verf. konnte in *Havanna* im Anschluß an wiederholte Injektionen von Chaulmoograpräparaten und von Antimon, fast spezifisch wirkenden Heilmitteln, eine sehr starke umschriebene Rötung und Schwellung der leprös erkrankten Hautabschnitte, verbunden mit Fieber und Störung des Allgemeinbefindens beobachten. Ganz besonders im Gesicht kam ein an Erysipel erinnerndes Bild zustande. Die Reaktion klingt nach 2 bis 3 Tagen völlig ab und hinterläßt eine bedeutende Besserung der Haut; sie muß also einem für den Körper günstigen, die fortschreitende Heilung anzeigenden Vorgang entsprechen, der mit Zerstörung der Bazillen zusammenhängt und durch die Wirkung der freiwerdenden Lepratoxine auf das überempfindliche lepröse Gewebe ausgelöst wird.

J. Weinstock-Charlottenburg.

E. Schröpl-Hamburg: **Zur Diagnose und Symptomatologie der Lepra. Ein Beitrag zur Frage der Pigmentneurolepride.** Derm. Wo. Bd. 82. Nr. 23. 1926.

Eine Patientin, die aus einer Gegend kam, in der Lepra endemisch ist, klagte über neuralgische Schmerzen in der Hüftgegend und gürtelförmige Schmerzen im Leib. Eine genaue Untersuchung ergab nur Pigmentveränderungen an der Haut der Oberarme und Ausfallen der medialen

Digitized by Google

Partien der Augenbrauen. Die Untersuchung des Nasensekrets auf Leprabazillen verlief zunächst ergebnislos. Nach Anlegung von Kohlensäureschneeblasen an den Pigmentflecken des rechten Oberarmes konnten in dem Exsudat reichlich Leprabazillen nachgewiesen werden. Auch die histologische Untersuchung von exzidierten Hautstücken der Oberarme nicht nur derjenigen Stellen, die Pigmentveränderungen zeigten, sondern auch der völlig normal aussehenden, ergab reichlich säurefeste Stäbchen. Auf provokatorische Durotaninjektionen reagierte die Patientin mit verstärkten neuralgischen Schmerzen. Der Fall zeigt, daß eine Lepra nervosa im Beginn oft nur ganz geringfügige Symptome macht und daß nicht jedesmal zuerst der Bazillennachweis im Nasensekret gelingt. Es muß eben das ganze Rüstzeug der diagnostischen Hilfsmittel herangezogen werden, um die Diagnose stellen zu können. *Krüger*-Sagan.

A. Paldrock-Dorpat: **Zur Chemie des Lepraerregers.** Derm. Wo. Bd. 82. Nr. 24. 1926.

Nach eingehender Angabe der verschiedenen angewandten Färbemethoden wird als Ergebnis festgestellt: Die Lepraerreger enthalten ein säurefestes Lipoproteid, welches durch kalte wässerige Mineralsäurelösung nicht aufgespalten wird in der Zeit, die für die Aufspaltung des säurefesten Lipoproteids der Tuberkelbazillen ausreicht; hierin unterscheiden sich beide.

Das sich daran anschließende Hydrolysieren mittels 25%igen kalten Salzsäurealkohols ist nicht imstande, die grampositive Lipoidsäure des Lipoproteids der Lepraerreger zu entfernen; letztere bleiben grampositiv; wohl geschieht solches bei den Tuberkelbazillen, welche gramnegativ werden. *Krüger*-Sagan.

A. Serra: **Biologische Untersuchungen über die Leprainfektion (Ätiologie und Pathogenese und Lymphdrüsen).** Giorn. ital. di Dermatol. 1926. H. 4. S. 1109.

Bei 33 Fällen von Lepra, teils tuberosa, teils anästhetica, teils mixta, fanden sich im Drüsensaft der Leistendrüsen 27mal Bazillen, in dem der Zervikaldrüsen 18mal, in dem der Achseldrüsen 10mal, in dem der Epitrochleardrüsen 7mal. Die Untersuchung des Nasensekretes gab 21mal ein positives Ergebnis. Provokation durch JK ermöglichte noch bei neun weiteren Fällen einen positiven Ausfall. Bei mehreren Fällen fanden sich im Drüsensaft Bazillen, die im Nasensekret, auch nach Provokation mit JK nicht festzustellen waren. Im zirkulierenden Blute wurden nur 3mal Bazillen gefunden.

Bei 12 Menschen, die mit Leprösen verkehrt resp. kohabitiert hatten, fanden sich 12mal bei klinisch feststellbaren Drüsenveränderungen im Drüsensaft mehr oder weniger zahlreiche Bazillen. Bei vier dieser Patienten entwickelten sich 3, 5, 15 Monate, 7 Jahre später klinische Leprasymptome.

Bei Betrachtung der Pathogenese kommt der Autor zu dem Schlusse, daß eine Analogie zwischen der Lepra der Menschen und Ratten besteht, welche schon bei Beginn der Krankheit deutlich ist. Beim Menschen wie bei der Ratte kann die Krankheit lange, eventuell das ganze Leben lang, im Latenzstadium in den Drüsen lokalisiert, in einem saprophytischen

Digitized by Google

Zustande bestehen, wenn nicht allgemeine Infektionen oder andere physiologische oder pathologische Zustände hinzutreten.

Für die Kontagiosität und die Prophylaxe der Lepra ist der positive Nachweis der Leprabazillen in den oberflächlichen Lymphdrüsen von Personen, die mit Leprösen in Kontakt gekommen sind, von großer Bedeutung, und auch für die Frühdiagnose der Lepra kann der positive Ausfall in den Lymphdrüsen eventuell von Bedeutung sein, wenn der Nachweis im Nasensekret nicht gelungen ist.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Braul: **Ein Fall von Lepra des Nebenhodens.** Russki Westnik Dermatologii. 1926. Nd. 4. Nr. 9.

Bei einem 25jährigen Leprösen (makulo-anästhetische Form) fand sich eine schmerzlose Geschwulst des linken Hodens. Infolge andauernder Temperaturerhöhungen mußte der Hoden entfernt werden wobei die histologische Untersuchung ergab, daß der lepröse Prozeß vom Nebenhoden ausgegangen und sich weiter auf den Hoden ausgebreitet hatte. Es wurde, wie von *Simmond* hervorgehoben, auch in diesem Falle eine Vermehrung der interstitiellen Zellen nachgewiesen. *A. Jordan.*

Halfdan Sundt: **A case of Lupus erythematodes with acute Exacerbation and the appearance of Erysipelas and Phlegmon capitis followed by death, with negativ post-mortem findings as regards Tuberculosis. (Ein Fall von Lupus erythematodes mit plötzlicher Verschlimmerung und Auftreten eines Erysipels mit Phlegmone des Gesichtes bei tödlichem Ausgang, ohne autoptischen Tuberkulosebefund.)** Br. J. of Derm. Bd. 38, 7.

Es handelt sich um ein 10jähriges Mädchen, das schon 3 Jahre vor seiner 1911 erfolgten Aufnahme anfallsweise an Geschwüren und dauernd an einem Chilblain des Fußes und der Wange litt. Nach einer sehr bösen Abszeßbildung am Fuß vor 3 Jahren, die fast zum Tode geführt hätte infolge langanhaltenden tiefen Kollapses, schwoll das Gesicht wie Füße und Hände stark an, bedeckte sich mit erodierenden Blasen unter Hinterlassung blutender Geschwüre. Ähnliche, wenn auch schwächere, Attacken folgten dann noch bis zur Aufnahme. Gelegentlich dieser ließ das Gesicht einen Lp. eryth. in Schmetterlingsform mit Einschluß der Ohren erkennen. Temperatur 38, Puls 104. Impetiginöse Krusten stellenweise in affizierten Gesichtsteilen. Ähnlich waren Fingerspitzen, Handränder und Zehen befallen. An inneren Organen nichts Auffallendes, nur soll Pirquet positiv ausgefallen sein. Nach einjähriger symptomatischer Behandlung, roborierender Diät, Sonnen- und Seebädern kräftigte sich das Kind, ohne daß sein Lp. eryth. sich wesentlicher besserte. Dann Pneumonie und Abszeß in Weichteilen der linken Hüfte. Nach Einschnitt Heilung. Danach Besserung des Lp. ryth. mit stellenweisem Verschwinden. Dann Diphtherie und Serumeinspritzung. Elf Tage später Kopfschmerzen, Nasenbluten, leichtes Fieber und Schmerzen in Submandibulargegend, Atembeschwerden. Dann intermittierendes Fieber bis über 40° mit erysipelartiger Schwellung der Lp. eryth.-Stellen des Gesichtes. Die zunehmende Schwellung überschritt zögernd die Lupusgrenzen, das befallene Gebiet bedeckte sich mit großen Blasen, bis schließlich nach 7 Tagen das ganze Gesicht nur noch eine einzige blutende Fläche zeigte. Puls 140. Äußerst starke Kopfschmerzen. Kopfhaut wird ödematös, Lupusstellen der Finger

Digitized by Google

infiltrierten sich gleichfalls und warfen Epidermis ab. Unter klonischen Erscheinungen und zunehmender Paralyse, sehr hohem Puls und Fieber Exitus am vierzehnten Tage nach beginnender Gesichtsverschlimmerung. Autopsie ergab keinerlei Spuren von Tuberkeln, Milz nicht vergrößert. Es handelt sich um ein Bild des *Kaposi*schen Erysipelas perstans. Daß die plötzliche Verschlimmerung 14 Tage nach Serumeinspritzung sich einstellte, der gewöhnlichen Serumkrankheitsinkubationszeit, legt den Verdacht nahe, daß das Serum irgendwie als Ursache der zum Tode führenden akuten Verschlimmerung anzusprechen ist, zumal zwei ähnliche Fälle veröffentlicht sind (*E. Hoffmann* und *Bruusgaard*). Wegen der Tuberkelätiologie sind die Meinungen noch nach wie vor sehr geteilt. Neuerdings hat der Däne *Fons* unter 12 Lp. eryth.-Fällen nur 2mal örtliche Reizung nach Tuberkulininjektion erzielt; in 46 aus der Literatur zusammengestellten Krankengeschichten waren es nur gar 4, die zudem noch nicht sehr überzeugend waren. Unser Fall war völlig tuberkelfrei, dagegen sind die eiterigen Abszesse unzweifelhaft für den akuten Ausgang verantwortlich, vielleicht auch eine seiner Zeit übersehene schwache Serumkrankheit. Dazu 2 Photos.

J. Golay-Genf: **Le Lupus érythémateux exanthématique d'emblée. (Über akuten Lupus erythematodes.)** Acta Dermato vén. Bd. VII, 2.

Zwei Fälle mit tödlichem Ausgang. Bei beiden viszerale Veränderungen. Schilderung des klinischen Bildes der Affektion und Hervorhebung der von *Grütz* gefundenen mangelnden Proliferationskraft des Mesenchyms, die auch Verf. bei seinen Fällen konstatieren konnte. Genaue Mitteilung des Krankheitsbildes und -verlaufes der beiden Beobachtungen des Verfassers. *Arthur Alexander*-Berlin.

E. Bruusgaard: **Klinische Beiträge zur Pathogenese der Hauttuberkulose.** Norsk Magazin f. Logwidenshoben. 1925. S. 917.

Kasuistische Mitteilung einer Reihe von Fällen von Hauttuberkulose. Verf. macht darauf aufmerksam, daß bei der Hauttuberkulose eine *Stadieneinteilung* möglich ist, ebenso wie bei Syphilis mit Primäreffloreszenz, mit regionärer Drüsenschwellung und einem sekundären Stadium, besonders für das Kindesalter charakteristisch, wo die Tuberkulose eine ausgesprochene Neigung zu hämatogenen Metastasen bietet.

A. Kissweyler.

J. Schaumann: **Zur Pathogenese des Lupus erythematodes. (Schluß.)** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 5. 1926.

Die Fortsetzung der Arbeit bringt 8 Krankheitsgeschichten von stationärem Lupus erythematodes (2mal Chilblain Lupus, 1mal zusammen mit Sarkoiden Darier-Roussy, ein anderes Mal mit papulo-nekrotischen Tuberkuliden; intradermo-Reaktion mit Tuberkulin bei allen positiv). Bei allen fand sich eine geringe Drüsenbeteiligung, die histologisch typische Tuberkulose, diffuse Granulationsprozesse oder eine Kombination dieser beiden Prozesse zeigte. *Sch.* glaubt, daß der Lupus erythematodes mit diesen Granulationsveränderungen der Drüsen teils unter dem Bilde der Lymphogranulomatosis Stemberg, teils mit typischen tuberkulösen Veränderungen in Zusammenhang stehe. *Zurhelle*-Bonn.

Digitized by Google

Karel Hübschmann-Prag: **Ein Beitrag zur Komplementbindungsreaktion bei der Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Hauttuberkulose. Die Komplementbindungsreaktion bei Lupus erythematodes.** Acta dermato-vén. Bd. VII, 2. 1926.

Die vorliegende, recht ausführlich gehaltene Arbeit ist aus den Bedürfnissen entstanden, auf Grund eigener Erfahrungen sich in der jeden Tag anwachsenden Menge von Publikationen über die Möglichkeiten der Serodiagnostik der Tuberkulose zu orientieren, wobei natürlich die diesbezüglichen serodiagnostischen Methoden, insbesondere bei den tuberkulösen Hauterkrankungen, verwertet worden sind. Als Antigene verwendete Verf. das von *Besredka* und einen von *Böhme* und *Ponndorf* hergestellten „Tuberkulose-Haut-Impfstoff A" (M. med. W. 1922. 9), der „nicht nur alle spezifischen antigenen Quoten enthalten soll, die als Stoffwechselprodukte während des Wachstums der Bazillen in den Nährboden gelangen, sondern auch alle Gruppen von Bazillenstoffen, die durch Antolyse gewonnen werden bei gleichzeitigem Ausschluß von jeglichen gewaltsamen chemischen und thermischen Eingriffen." Verf. nennt ihn Antigen H. 19 Fälle von tuberkulösen Hautaffektionen wurden mit dem erstgenannten Antigen untersucht, 10 mit dem letzterwähnten, mit dem einige Ergebnisse deutlicher und stärker ausfielen, als mit Besredka. Die serologischen Resultate mit Besredka waren: 6 negative, 7 schwach positive, 3 schwankend schwach bis stark oder komplett positive, 3 stark bis komplett positive; die mit Antigen H. waren in einigen Fällen bei Paralleluntersuchungen etwas stärker. Verf. schließt aus seinen Beobachtungen: Verschieden starke Besoredka-Reaktion, sowie auch Reaktion mit Antigen H. wird durch Lupus vulgaris hervorgerufen, falls die lupöse Erkrankung genug ausgebreitet und progressiv und der Organismus reaktionsfähig ist. In den Fällen, wo z. B. der kranke Herd zu klein oder von Narbengewebe umschlossen ist, oder keine Progredienz aufweist, kann die Reaktion schwach oder auch negativ sein. Dasselbe scheint auch zuzutreffen, wenn die Hauterkrankung zwar ausgebreitet, aber zugleich eine sichtbar gute Heilungstendenz vorhanden ist. Der Blaseninhalt von künstlich bei Tuberkulösen erzeugten Blasen reagierte im allgemeinen schwächer als das Blutserum der betreffenden Patienten. Bei Lupus erythematodes hatte Verf. unter 16 Fällen nur *eine* komplett positive Reaktion, obwohl sich unter dem Material einige sehr ausgebildete und verbreitete Fälle befanden. Trotzdem sprechen nach Ansicht von *H.* diese Erfahrungen nicht absolut gegen die tuberkulöse Ätiologie des L. eryth., denn die Bazillen können nur in sehr geringer Zahl vorhanden sein oder so verändert, daß sie nur einen sehr schwachen antigenen Reiz ausüben. Jedenfalls ist ein sehr bedeutender Unterschied in den Resultaten zwischen L. eryth. und Lupus vulgaris nicht zu verkennen. Verf. berichtet dann noch über vergleichende Resultate mit beiden Antigenen bei Lungentuberkulose, die im Original nachgelesen werden müssen.

Arthur Alexander-Berlin.

Laura Füllenbaum-Lemberg: **Klinische Beiträge zur Ätiologie des Lupus erythematodes.** Acta dermato-vén. Bd. VII, 3. 1926.

20 Fälle von L. eryth. chronicus: Der L. eryth. ist eine Hautaffektion, deren Pathogenese (laut *Generich*) immer die gleiche, deren Ätiologie in

Digitized by Google

einzelnen Fällen verschieden ist. Durch Einwirken verschiedener Antigene auf innere Organe, insbesondere Lymphdrüsen, werden Stoffe freigemacht und in den Blutstrom befördert, welche sensibilisierend auf die Haut wirken. Treffen nun die so überempfindlich gemachte Haut äußere Schädlichkeiten, wie z. B. aktinische Einflüsse, dann entstehen an besonders exponierten Stellen (Gesicht, Hände) Hautreaktionen sui generis, die wir L. eryth. nennen. Verf. hat versucht, mittels biologischer Hautreaktionen den ursächlichen Zusammenhang verschiedener Antigene mit L. eryth.-Herden zu erforschen und ihren therapeutischen Einfluß zu bestimmen. Verf. konnte feststellen, daß in einer Gruppe der Fälle das Tuberkulin, in einer anderen eine polyvalente Eiterkokkenvakzine, in einer dritten eine Intestinalvakzine den biologisch oder therapeutisch wirksamen Faktor dargestellt hatten; er bringt ein Tatsachenmaterial, welches gegen die ausschließliche Stellung des Tuberkelbazillus in der Ätiologie des L. eryth. zu sprechen scheint: 3 Fälle von Lupus eryth. acutus. Der erste genas, die beiden anderen endeten letal. Einer von ihnen kam zur Autopsie. Der zweite ist primär akut entstanden. Der dritte ist primär subakut aufgetreten und zu einem akuten nach Influenza geworden. Der erste ist aus einem chronischen akut geworden. In I und III ist der provozierende Einfluß der Sonnenstrahlen laut Angabe der Kranken und im Fall I laut Beobachtung des Verf. unzweifelhaft. Tukerkuloseinfektion konnte weder durch biologische Reaktionen, noch bei der Nekroskopie, noch durch Tierexperimente nachgewiesen werden. Dagegen sind im Fall I eine chronische Eiterung, im Fall II Otitis media, im Fall III desgleichen Otitis media und Zahnfistel als eventuelle ätiologische Momente hervorzuheben. Außerdem ist in Fall I die therapeutische Wirkung der Eiterkokkenvakzine bemerkenswert. Blutkulturen blieben in Fall I steril, in Fall II wurde einmal ein Streptokokkus gefunden, das zweitemal blieben die Kulturen steril, im Fall III blieb ebenfalls die Blutkultur steril.

Arthur Alexander-Berlin.

A. B. Selisky-Schepetowska: **Zur Histologie und Pathologie der Ulerythema ophryogenes.** A. f. D. 150. S. 123.

Bei einem 23jährigen Patienten zeigen die äußeren zwei Drittel beider Augenbrauen einzelne, leicht herausziehbare, anscheinend normale Haare. Daselbst kleine, hautfarbene, derbe Papeln, zeitweise kleieartige Schuppen. An der Grenze zwischen mittlerem und innerem Drittel beiderseits erbsengroße Narben. Histologisch: In den mittleren Schichten der Kutis entzündlich atrophischer Prozeß, ein Infiltrat um die Hautfollikel, innerhalb der Infiltrate Atrophie, Schwund der Talgdrüsen, Stauung und Dilatation der Schweißdrüsen.

Zemplenyi-Hamburg.

G. Nobl und *W. Löwenfeld*-Wien: **Karzinom als Komplikation von Lupus erythematodes.** Derm. Wo. Bd. 83. Nr. 44. 1926.

Während beim Lupus vulgaris häufiger sich später auf lupösem Gewebe ein Karzinom entwickelt, ist dieses Vorkommnis beim Lupus erythematodes relativ sehr selten. Es wird ein Fall beschrieben, bei dem es nach 6jährigem Bestehen eines L. eryth. des Gesichtes und Kopfes an der Unterlippe zur Bildung eines Karzinoms kam, das sich histologisch als Plattenepithelkrebs erwies. Während man gewöhnlich geneigt ist, Röntgenbestrahlungen als auslösendes Moment für die Entwicklung eines

Digitized by Google

Karzinoms auf lupösem Gewebe anzusehen, kommt diese Ursache in diesem Falle nicht in Frage, da der Patient nur mit einer Holländerkur und Krysolganinjektionen behandelt worden ist. Vielmehr liegt wohl die Ursache in dem histologischen Bau der L. eryth.-Effloreszenzen selbst, die mit einer erhöhten Tendenz zur Hyperkeratose einherzugehen pflegen. Die bisher bei dieser Affektion beschriebenen Karzinome waren stets Plattenepithelkarzinome und zeichnen sich durch eine relative Bösartigkeit aus. *Krüger*-Sagan.

Von Zumbusch: **Zur Ätiologie des Lupus erythematodes.** A. f. D. 149. S. 136.

Ein Zusammenhang zwischen Tuberkulose und Lupus erythematodes ist besonders bei chronischen Fällen so gut wie sicher. Es gibt aber Fälle, wie die drei mitgeteilten, die mit septischen Erscheinungen zusammen auftreten (in 2 Fällen Gelenkrheumatismus und im 3. Fall Viridanssepsis) und mit Besserung derselben verschwanden. Das unregelmäßige Fieber, die Nephritis und die Komplikationen, mit denen der L. eryth. häufig einhergeht, sprechen ebenfalls im Sinne seiner septischen Ätiologie. *Hopf*-Hamburg.

C. W. Finnerud: **Ein Beitrag zum Lupus erythematodes der Mundschleimhaut.** Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 148. S. 318.

Nach Krysolganbehandlung entstand in *diffuser* Ausbreitung eine Erkrankung der Mundschleimhaut, die im einzelnen dem bekannten Schleimhautbild des Lupus erythematodes entspricht. *Naß*-Stolp.

G. v. Seutter-Bern: **Das Vorkommen von Lungentuberkulose bei Lupus vulgaris.** Wien. kl. Wo. Nr. 37. 1926.

Bei der Untersuchung von 220 Lupösen stellte sich heraus, daß 42% positive Lungenbefunde aufwiesen, dagegen schwere progressive Lungentuberkulose nur in 5%. Die Verteilung der Geschlechter auf diesen Prozentsatz war im Gegensatz zu *Martenstein* fast völlig gleich. Das Alter war in der Mehrzahl der Fälle zwischen dem 2.—3. Lebensjahrzehnt. Die Ergebnisse der Untersuchungen beim Lupus erythematodes sind überraschend. Von 18 Patienten wurden 14 röntgenologisch untersucht, und bei 11 fanden sich positive Lungenbefunde. *Krüger*-Sagan.

Fr. C. Combes: **Lupus vulgaris verrucosus. Bericht eines im Gefolge einer tuberkulösen Hüfterkrankung aufgetretenen Falles.** The Urol. a. Cutan. Review 1926. Bd. 30. Nr. 7. S. 409.

Die direkte Infektion der Haut von einem tuberkulösen Knochen ist selten, ebenso wie die alleinige Lokalisation an den unteren Extremitäten. *August Simon*-Bonn.

J. Montenegro: **Cutaneous reaction in Leishmaniasis. (Eine Hautreaktion bei Leishmaniose.)** Arch. of Derm. and Syph. Bd. 13. H. 2. Febr. 1926.

Bei 37 Patienten mit sicherer Leishmaniose wurde ein alkalischer Extrakt von Leishmanien, die nach der Methode von *Nicolle* gezüchtet waren, intradermal injiziert. Bei 32 Patienten (also in 86,5%) fiel die Reaktion positiv aus, es bildete sich 24 Stunden nach der Injektion an der Impfstelle ein kleines Bläschen mit einem roten Hof; nach einigen

Digitized by Google

Tagen Rückgang der Erscheinung. Von 36 gesunden Personen zeigten 33 keinerlei Erscheinungen nach der Injektion, bei dreien trat eine kleine Reaktion auf, die sich deutlich von der wirklich positiven unterschied. *M.*, der die Reaktion für spezifisch hält, weist darauf hin, daß Kala-Azar und Orientbeule ohne diese Reaktion diagnostiziert werden könnte, daß sie aber von Wichtigkeit sei bei den beginnenden Leishmaniosen der Schleimhäute, die mitunter schwer von Syphilis, Tuberkulose und Blastomykose zu unterscheiden seien. *G. H. Klövekorn*-Bonn.

J. F. Burgess: **Sporotrichosis in man. Report of a case. (Ein Fall von Sporotrichnose.)** Arch. of Derm. and Syph. Bd. 12. H. 5. Nov. 1926.

Hautabschürfung bei einem 42jährigen Mann auf dem Handrücken, die sich nach 3 Monaten in ein infiltriertes Ulkus umwandelte, das jeder Therapie trotzte. Auch die umgebende Haut war infiltriert und blaurot verfärbt. Keine Beteiligung der Lymphbahnen, keine Schmerzhaftigkeit, keine Störung des Allgemeinbefindens. Kulturell wurde Sporotrichon Beurmanni festgestellt. Heilung unter Jodkali, 3mal täglich 3 g.

G. H. Klövekorn-Bonn.

Sellei und *Berger*-Budapest: **Sarkoide Geschwülste in einer Familie.** A. f. Derm. 150. S. 47.

Die Tumoren traten bei 5 Mitgliedern einer Familie auf. Sie waren hauptsächlich an den Extremitäten lokalisiert, in 2 Fällen auch am Stamm, erreichten nur eine bestimmte Größe und bildeten sich dann unter Einsinken im Zentrum mit narbiger Atrophie zurück. Keine Metastasen. Histologischer Befund: Das Bild charakterisieren die in Bündeln gruppierten Bindegewebszellen. In den völlig entwickelten Tumoren ist eine hochgradige Vaskularisation sichtbar mit einer in Gruppen oder in radiärer Art angeordneten Infiltration um die Blutgefäße. Die Infiltration dringt nur in den ganz ausgebildeten Tumoren bis zum Rete. Epitheloide und Riesenzellen sind nicht nachweisbar. *Zemplenyi*-Hamburg.

Krupnikow: **Zur Ätiologie des Sarkoid Boeck.** Russki Westnik Dermatologii. 1926. Bd. 4. Nr. 7.

Ausführliche Beschreibung eines am 8. Mai 1924 in der Moskauer Venerologischen Gesellschaft mitgeteilten Falles von Sarkoid Boeck, dessen Eigentümlichkeit darin bestand, daß sich entsprechend der unteren Partie des Penis, wie auf der Eichel und dem inneren Vorhautblatt eine diffuse, stellenweise erodierte Hautinfiltration fand und daß es dem Verf. gelang, in einzelnen Schnitten, bei Färbung nach *Ziehl-Nelson*, säurefeste Stäbchen von violettem Farbent n nachzuweisen. *A. Jordan*-Moskau.

Hans Martenstein: **Sarkoid Boeck und Lupus pernio.** Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 147. S. 70.

Für die von *Jadassohn* schon im Jahre 1912 behauptete „spezifische Anergie" bei Lupus pernio und Sarkoid Boeck werden weitere Stützen erbracht. Die im Serum von Sarkoid- und Lup. pernio-Kranken nachgewiesenen Pro- und Antikutine lassen den Schluß zu, daß es sich bei beiden Krankheiten um besondere Formen der Reaktion auf die tuberkulöse Infektion handelt. Für das Entstehen beider Reaktionsformen sind die eigenartigen Allergieverhältnisse wichtig, die in dem häufig negativen

Digitized by Google

Ausfall der Tuberkulinproben ihren Ausdruck finden. Die positive Anergie scheint dabei beim Lupus pernio stärker ausgeprägt zu sein. *Naß*-Stolp.

Ulmer-Dortmund: **Ein Fall von Erythrodermia exfoliativa universalis leucaemica.** Derm. Wo. Bd. 83. Nr. 42. 1926.

Bei einem Patienten, der beruflich viel mit Teeröl zu tun hatte, war es vor längerer Zeit zu einem Berufsekzem an den Händen, Unterarmen und Gesicht gekommen. Diese heilte bald nach Aufhören der Beschäftigung wieder ab. Bald darauf entstand eine sich über den ganzen Körper entwickelnde Erythrodermie mit starker Infiltration der Haut, so daß es an der Stirn zu einer für das Krankheitsbild typischen Querfältelung der Haut kam. Die Blutuntersuchung ergab das Bild einer lymphatischen Leukämie. Trotz Krankenhausbehandlung führte die Krankheit nach 11 Monaten unter dauernder Verschlechterung zum Tode.

Die früher bestehende Teeröldermatitis ist in diesem Falle wohl nicht als Ursache für die spätere Erkrankung anzusehen, sondern nur als auslösendes Moment. *Krüger*-Sagan.

Sv. Lomholt: **Die Röntgenbehandlung des Ekzems.** Hospitalstid. 1925. S. 1001.

Verf. teilt die Erfahrungen mit von 194 behandelten Fällen (an dem Finseninstitut zu Kopenhagen), wovon 44 als definitiv geheilt bezeichnet werden, 14 bedeutend gebessert, während in 136 wieder Rezidiv auftrat. Der Röntgenbehandlung kann keine dauernde heilende Wirkung an Ekzemen zugeteilt werden, dagegen bietet sie oft eine gute symptomatische Hilfe, besonders wegen ihrer juckstillenden Wirkung. Es wurden fast nur kleine unfiltrierte Dosen von 3 H. mittelstarker Strahlen (34—35 cm Funkenlänge und 2 Milli-Ampere Stromstärke) gegeben. Im Haarboden wurde nur 2 H. gegeben. *A. Kissmeyer.*

Aage Kristjansen: **Über Lymphogranulomatosis inguinalis subacuta (Nicolas und Favre).** Hospitalstid. 1925. S. 974 u. 985.

Übersichtsartikel und Referat eines Falles. *A. Kissmeyer.*

Bertaccini Giuseppe: **Beitrag zur Kenntnis der Lymphogranulomatosis inguinalis subacuta (Nicolas und Favre).** Giorn. ital. di Dermatol. 1926. H. 4. S. 1178.

Bertaccini teilt 3 Fälle von Lymphadenitis inguinalis subacuta mit, welche in vieler Hinsicht dem von *Nicolas* und *Favre* aufgestellten Krankheitsbild entsprachen. Beim 1. Falle folgten multiplen Ulzerationen der Genitalien und des Anus Lymphdrüsenschwellungen der Inguinal- und Kruralgegend, bemerkenswert durch ihren langsamen Verlauf, die partielle und schrittweise Erweichung in nach und nach auftretenden Herden, die lange Persistenz von gegen jede Behandlung widerstandsfähigen Fistelgängen. Negativ fielen alle Forschungen nach der Ätiologie aus. Syphilis und Tuberkulose und andere Allgemeinerkrankungen waren nicht vorhanden. Einseitige, nicht vereiterte, Adenitis iliaca. *Histologisch* fiel bei einigen der zahlreichen, bei Beginn und am Schluß entfernten Lymphdrüsen ein enormes Plasmazelleninfiltrat auf, welches die Drüsen in wahre Plasmome verwandelte; bei anderen fand sich eine an einzelnen Stellen sehr ausgesprochene tuberkuloide Struktur mit typischen Riesenzellen, epitheloiden Zellen und Lymphozyten. Es fehlten Eiterherde und käsige

Digitized by Google

Erweichung. Es bestand eine in einigen Drüsen schon fortgeschrittene Tendenz zur fibrösen Umbildung. Chromophile Körper fehlten.

Bei den beiden anderen Fällen waren die Drüsenveränderungen weniger deutlich und persistent, aber sie unterschieden sich von den venerischen Bubonen durch einen eigenartig trägen Verlauf; das wichtigste Faktum war das Vorhandensein einer primären Veränderung ad genitalia mit morphologischen Charakteren, die sich vom Primäraffekt, Ulcus molle und banalen Ulzerationen unterschieden und histologisch bei Verlust der oberflächlichen Substanz ein noduläres Infiltrat mit vielen Plasmazellen und in einem Fall mit spärlichen Riesenzellen aufwiesen. Ätiologische Forschungen verliefen auch bei diesen Fällen ergebnislos.

Die gefundenen Veränderungen lassen nach *B.* an eine primäre Lokalisation eher als an eine Eingangspforte des hypothetischen Virus denken.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

N. Maschkilleisson-Moskau: **Zur Frage der Gilchristschen Hautblastomykose.** Derm. Wo. Bd. 83. Nr. 34 u. 35. 1926.

Nach einer eingehenden geschichtlichen Literaturübersicht werden drei eigene beobachtete Fälle beschrieben. Es handelt sich um jugendliche Individuen, die ungefähr zu gleicher Zeit erkrankten und gemeinsam dieselbe Schule besuchten. Bei zwei traten an den Unterschenkeln mehrere größere und kleinere Geschwüre mit unterminierten Rändern auf, die ein fadenziehendes, klebriges, grauweißliches Sekret absonderten. Im dritten Fall waren die Geschwüre an der Nase und am Hals. Diese 3 Fälle verdienen deswegen Beachtung, weil es allen gelang, die Blastomyzeten kulturell nachzuweisen. Diese erwiesen sich ebenfalls in allen Fällen tierpathogen. Bei den Kulturen entstanden zunächst solche von rosaroter Farbe, die sich dann nach einigen Generationen der Fortzüchtung in grauweiße mutierten. Bei den Kranken bestand auch im Höhepunkt der Erkrankung eine Allergie der Haut gegen eine aus den Kulturen hergestellte Vakzine. Therapeutisch bewährte sich die Gabe von größeren Jodkalidosen (10 g und mehr innerhalb von 24 Stunden).

Krüger-Sagan.

S. N. Grschebin und *L. N. Maschkilleisson*-Moskau: **Beiträge zur Lehre von der pathologischen Anatomie der Gilchristschen Hautblastomykose.** Dem Begründer der Lehre von der Blastomykose, Herrn Prof. *Buschke*, gewidmet. Derm. Wo. Bd. 82. Nr. 23 u. 24. 1926.

Drei Fälle von Gilchristschen Hautblastomykose, die klinisch ein typisches Bild boten, wurden eingehend histologisch untersucht. Dabei zeigten sich folgende Merkmale: stärkere Akanthose des Epithels, zahlreiche Mikroabszesse in allen Schichten der Haut und tuberkuloide Struktur des Infiltrates mit zahlreichen Riesenzellen. Während in 2 Fällen auch der einwandfreie Nachweis von Blastomyzeten im Gewebe gelang, war dies im 3. Fall infolge des geringen, zur Verfügung stehenden Ausgangsmaterials nicht möglich, aber die übrigen Eigentümlichkeiten des histologischen Bildes waren vorhanden. Differentialdiagnostisch kommen neben Lues und Tuberkulosis verrucosa cutis auch Epitheliom, Jodo- und Bromoderma und Pyodermie végétante Hallopeau in Frage. Am meisten Ähnlichkeit hat noch die Tbc. verrucosa cutis; aber bei dieser besteht meist eine deutliche Hyper- und Parakeratose, die für gewöhnlich bei der Blastomykose

Digitized by Google

fehlt. Das wichtigste Unterscheidungsmerkmal bleibt natürlich von knospentreibenden Formen der Hefepilze. Wenn ihr Nachweis auch nicht jedesmal einwandfrei im Gewebe zu bringen ist, so hilft in solchen manchmal die kulturelle Untersuchung des Eiters weiter. *Krüger*-Sagan.

Leo Kumer: **Ein Beitrag zur Lokalisation der Soormykose in der Axilla.** Arch. f. Dermatol. u. Syph. Bd. 148. S. 399.

Beschreibung des Falles. *Naß*-Stolp.

S. Ballagi-Budapest: **Die in Ungarn einheimischen Mikrosporon-Trichophyton-Epidermophyton- und Achorionpilze.** Derm. Wo. Bd. 83. Nr. 32. 1926.

Der Vergleich mit früheren Arbeiten des gleichen Gebietes ergibt, daß sich die Pilzflora ein und desselben Landes während der Jahre ändert. Die in Ungarn am häufigsten vorkommenden Pilzarten sind Mikrosporon Audouini und Trichophyton violaceum, die Erreger der Schulendemieen und das Trichophyton crateriforme und cerebriforme, die Erreger der Rasierstubeninfektion. Animale Pilze konnten auch oft gezüchtet werden (Trichophyton gypseum asteroides, granulosum, equinum und faviforme). Als neue Arten wurden gezüchtet zwei der Gypseumgruppe zugehörende Trichophytonstämme. Teilweise machen dieselben Stämme klinisch dieselben Erscheinungen, so daß man daraus bereits die Art des Pilzes feststellen kann. Dem Aufsatz sind gute Abbildungen und ein Verzeichnis der überhaupt gezüchteten Arten beigegeben. *Krüger*-Sagan.

L. Arzt und *H. Fuhs*-Wien: **Über eine seltenere Form der atypischen Audouinischen Mikrosporie: „Kerion microsporicum".** A. f. D. Bd. 149. S. 9—12.

Bei einem 9jährigen Jungen findet sich in der Gegend des linken Scheitelbeines der scheibenförmige Herd einer Mikrosporie mit tiefer Follikulitis. Das histologische Bild ist völlig übereinstimmend mit den Veränderungen der Kerionbildung bei der Trichophytie. Als Hauptbedingung wird auch für die Entstehung eines Kerion microsporicum, wie für die sonstigen atypischen Mikrosporieformen individuelle Disposition angenommen. Das spontane Erlöschen des Kopfmikrosporie mit der Pubertät, die Seltenheit des Leidens an der Kopfhaut Erwachsener, die mit der durchgreifenden Veränderung des Hautorgans bei der Geschlechtsreife erklärt werden, machen es unwahrscheinlich, je eine durch M. Audouini hervorgerufene Sykosis beobachten zu können. *Hopf*-Hamburg.

G. Falchi: **Immunisationserscheinungen bei Dermatomykosen.** Boll. d. Soc. Med.-Chirurg. di Pavia. Fasc. 5. 1926.

Falchi kommt bei seinen Versuchen zu folgenden Schlüssen: Bei Patienten mit tiefer Trichophytie besteht ein Zustand der Allergie der Haut gegen mono- und polyvalente Trichophytonextrakte. Die Reaktion ist nicht ganz spezifisch und kann auch gegen Antigene des Sporotrichons und der Hefepilze bestehen. Bei Haut- und Lungentuberkulose kann eine leichte Reaktivität der Haut gegen Trichophytin vorhanden sein. Bei tiefer Trichophytie im Stadium des Abklingens besteht eine absolute Immunität gegen weitere Trichophytonimpfungen. Bei oberflächlichen Trichophytien und Favus beobachtet man in der Regel keine Hautallergie gegen Trichophytin und keine Immunität gegen die Einimpfung des Trichophytons. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Digitized by Google

G. Falchi: **Trichophytid mit Kultur des Trichophyton plicatile im strömenden Blut.** Boll. d. Soc. Med.-Chirurg. di Pavia. Fasc. 3. 1926.

Bei einem 8jährigen Knaben mit multiplen Kerionherden auf dem behaarten Kopf trat während des Verlaufes der Krankheit ein akutes, diffuses Exanthem vom papulo-erythematösen Typus auf, welches sich in eine lichenoide Dermatose mit den Charakteren des Spinulosismus verwandelte. Die Eruption war sehr ausgedehnt und ging auch auf das Gesicht über; sie war von mäßigen Allgemeinerscheinungen: Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen begleitet. Eine *Blutkultur* gab zweimal ein *positives* Resultat; das erstemal kurz nach dem Auftreten der Eruption, das zweitemal am 5. Tage, als die im Rückgang begriffene Eruption nach subkutaner Trichophytininjektion von neuem aufflackerte. Beide Male wuchs das Trichophyton plicatile. Bisher gelangen nur 5mal Blutkulturen bei Trichophytien: drei Kulturversuche von *M. Jeßner*, je einer von *Ambrosoli* und *Masia*; 3mal wurde Trichophyton gipseum asteroides, je einmal Tr. cerebriforme und ein Pilz vom Typus der Botrytis gezüchtet; dazu kommt noch eine Blutkultur des Mikrosporon von *Arzt* und *Fuhs*. Wahrscheinlich kommen nicht bloß nach Trichophytien, Mikrosporien und Favus solche Hauteruptionen vor, sondern wohl auch nach Epidermophytien. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Syphilis.

Allgemeine Pathologie. Pathologische Anatomie.

Pragge: **Neuere Ergebnisse der experimentellen Syphilisforschung und ihre Beziehungen zur Syphilis des Menschen.** Sammelreferat. M. K. 1926. S. 36 u. 37.

Diese Zusammenstellung neuester Ergebnisse bringt eine so reiche, ungeahnte Fülle neuer Erkenntnisse, daß ihr Studium dem Praktiker gar nicht dringend genug ans Herz gelegt werden kann. *Siegfried*-Aachen.

Schloßberger und *Prigge:* **Beobachtungen bei der Rekurrensinfektion syphilis- und frambösiekranker Kaninchen.** M. K. 1926. Nr. 32.

Verfasser haben 4 Kaninchen mit Syphilis- bzw. Frambösieschankern intravenöses Blut von rekurrensinfizierten Mäusen injiziert, wobei sich ergab, daß nur bei 2 Kaninchen, einem mit Lues- und einem mit Frambösieschanker, Rekurrensspirochäten im Blute nachweisbar waren. Die beiden anderen blieben dauernd negativ. Aber auch eins der beiden positiven Kaninchen wurde schon nach 2 Tagen, dem Höhepunkt der Infektion, wieder negativ; das andere, das überhaupt nur sehr wenig Rekurrensspirochäten gehabt hatte, noch früher. Wohl aber zeigte sich, daß in den Schankern noch recht lange die Rekurrensspirochäten neben den Parasiten der Primäraffekten persistierten (35 resp. 26 Tage). Irgendeine Schwächung der Lues- bzw. Frambösiespirochäten ließ sich dabei nicht erkennen. Auch die Schanker heilten nicht etwa schneller, eher schien das Gegenteil der Fall zu sein. Rückfallfieberstämme, die durch intraperitoneale Verimpfung von Schankerreizserum auf Mäuse am 12. resp. 21. Tage wiedergewonnen wurden, erwiesen sich Paralytikern gegenüber in keiner Hinsicht weniger pathogen. Auch ließ sich durch Verimpfung regionär erkrankter Drüsen der erkrankten Kaninchen auf gesunde keine Beeinträchtigung der Vitalität der Lues- resp. Frambösiespirochäten erweisen, denn die neu geimpften

Digitized by Google

Kaninchen bekamen ohne Verzögerung ihre typischen Schanker. Als nach 6 bzw. 5 Monaten beide Anfangsversuchskaninchen getötet und deren Gehirn intraperitonael auf 20 Mäuse verimpft wurde, konnten Rekurrensspirochäten nie im Mäuseblut gefunden werden. Die Kaninchen waren also vom Rekurrens spontan geheilt. Weitere Kaninchen, die durch Überstehen einer Rekurrensinfektion gegen diese immun geworden waren, zeigten sich gegen eine spätere Luesinfektion ebenso empfindlich wie normale Tiere. Somit sind die bei rekurrens- und auch wohl bei malariainfizierten Paralytikern festgestellten Remissionen nicht auf antagonistische Wirkung zurückzuführen, auch hat die Annahme einer Rezeptorengemeinschaft der beiden Spirochätenarten wenig Wahrscheinlichkeit für sich. Vielmehr ist die Rekurrenswirkung auf syphilitische Affektionen als unspezifische Reiztherapie zu werten. *Siegfried*-Aachen.

H. Reiter-Berlin-Dahlem: **Praktische Verwertung der Reinkulturen von Spirochäte dentium und Pallida.** D. W. Bd. 83. Nr. 33. 1926.

Seitdem es gelungen ist, auch auf flüssigen Nährböden (mit Normosallösung verdünntes Hammelserum resp. Kaninchenserum, dem Gehirnstückchen beigefügt sind) zu züchten, ist eine praktische Anwendung der Spirochätenreinkulturen wesentlich erleichtert worden. Die Pallidakulturen benutzte *Klopstock* zur Anfertigung eines streng spezifisch aufgebauten Antigens zur Wa.-R. Mit diesem Antigen war die Erkennung der luetischen Erkrankung im Serum früher möglich als mit den üblichen Extrakten. Eine Dentiumvakzine wird jetzt auf die Wirkung bei Alveolarpyorrhöe ausprobiert. Mit Pallidakulturen wurden Versuche an Paralytikern (Sagel-Arnsdorf) unternommen, die teilweise zu weitgehenden klinischen und serologischen Besserungen führten. Ebenfalls wurde ein Immunserum, das aus Reinkulturen der Spirochaeta pallida gewonnen wird, an Paralytikern versucht. Es handelt sich vorläufig um Versuche, über deren endgültige Ergebnisse später berichtet werden wird. *Krüger*-Sagan.

Meirowsky-Köln: **Über Sprossungsvorgänge an den Spirochäten des Primäraffektes.** A. f. D. Bd. 149. S. 1—3.

In Photogrammen von mit Osmiumdämpfen fixierten und in Pappenheims Panchrom gefärbten Schnitten eines spirochätenreichen Primäraffekts finden sich Spirochäten mit endständigen oder seitenständigen gestielten Knötchen. Oft findet man diese Knötchen auch frei neben der Spirochäte liegen. Aus ihnen können neue Spirochäten hervorgehen. Diese Spirochätenknospen stellen wahrscheinlich den filtrierbaren Anteil der Spirochäten dar. *Hopf*-Hamburg.

Felix Klopstock: **Die Entstehung der syphilitischen Blutveränderungen und die Eigenschaften eines Spirochätenimmunserums.** D. M. W. 1926. Nr. 35.

Verf. vertritt erneut seine Auffassung: die Wa.-R. entsteht auf dem Boden einer echten Immunreaktion. Aus seinen Versuchen geht hervor, daß es möglich ist, aus den Spirochäten durch Alkoholextraktion in der Komplementbindungsprobe spezifisch wirkende Antigene zu erhalten. Die gewonnenen Extrakte besitzen in der Verdünnung 1:3 gerade noch Eigenhemmung und gehen in der Verdünnung 1:6 mit den staatlich geprüften Extrakten in der großen Masse der Fälle parallel. Kontrollen mit

Digitized by Google

alkoholischen Extrakten aus Kokken, Kolibazillen, Tuberkelbazillen und Hefezellen ergaben wohl die Erfassung eines Teils der Syphilisfälle, niemals aber der Gesamtheit der wassermannpositiven Fälle. Auch aus den Kontrollversuchen mit Nährbödenbestandteilen geht hervor, daß die Spirochäte dem Alkoholextrakt seine wirksamen Eigenschaften verleiht. Wiederholte Injektionen von Aufschwemmungen abgetöteter Spirochäten riefen bei Kaninchen geradezu stürmische, auch bei 100facher Verdünnung des Serums, Bildung von Antikörpern hervor. In der Versuchsreihe entwickelte sich bei allen Tieren bereits innerhalb einer Woche die Wa.-R. Nach Ansicht des Verf. ist in der Spirochäte offenbar eine Eiweißlipoidverbindung enthalten, welche im Kaninchenversuch zu einer starken Bildung von Lipoidantikörpern führt. Außer der Komplementbindungsprobe wurde mit den Spirochätenimmunseris auch die M.-T.-R. und eine spezifische Flockungsreaktion angestellt. Während die M.-T.-R. nach 14 Tagen bis 4 Wochen bei der Mehrzahl der Sera nur eine schwach positive Reaktion ergab, konnten mit der spezifischen Flockungsreaktion nach 24 Stunden agglutinoskopisch einwandfrei positive Befunde gegenüber dem Normalkaninchenserum und dem Serum der mit Pferdeserum vorbehandelten Kaninchen erhoben werden. (Technik s. Original.) Es gelingt auch im Gegensatz zu der Komplementbindungsprobe mit Hilfe eines Immunserums Pallida- und Dentiumstämme voneinander zu differenzieren. Auf den Unterschied zwischen seinen wassermannpositiven Spirochätenimmunseren und den wassermannpositiven Syphilisseren weist Verf. hin.

O. Dittrich-Kiel.

Ostmann: **Ergebnisse der Herzsektion bei 350 Paralytikern und 15 Tabikern.** D. m. W. 1926. Nr. 37.

Es handelt sich um Sektionsbefunde bei Paralytikern und Tabikern, deren Syphilis nicht mit Salvarsan behandelt worden war. Bei den ersteren fand sich u. a. in 31,5% der Sektionen eine Mesaortitis luica, sehr häufig kombiniert mit Klappenfehlern, bei letzteren in 26,6% der Fälle. Nach Vergleich mit den in der Literatur angeführten Zahlen hat Verf. den Eindruck, daß die Mesaortitis luica bei den mit Salvarsan behandelten Paralytikern und Tabikern häufiger zu finden ist als bei den nicht mit Salvarsan behandelten.

O. Dittrich-Kiel.

Kassandrow: **Die Blutgerinnung bei Syphilis im Zusammenhang mit N.-S.-Injektionen.** Venerologia u. Dermatologia 1926. Nr. 5.

Die nach der Methode von *Grimbert* angestellten Untersuchungen in bezug auf Blutgerinnung nach N.-S.-Injektionen erwiesen, daß die erste derartige Injektion eine langsamere Gerinnung des Blutes veranlaßt, die Folge aber ohne Einfluß blieb, so daß diese Prüfung nicht als Kriterium für die Behandlung angesehen werden kann.

A. Jordan-Moskau.

Digitized by Google

Buchbesprechungen.

E. Hoffmann (Bonn): *Die nach innen gerichtete Schutz- und Heilwirkung der Haut (Esophylaxie) mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose.* Berlin 1927. S. Karger. Pr. Mk. 1,30.

Zur rechten Zeit ist diese zusammenfassenden großenteils auf eigenen Erfahrungen und Beobachtungen beruhende Schrift *E. Hoffmanns* über die nach innen gerichtete Schutzfunktion der Haut (Esophylaxie) erschienen.

Es ist ja an sich sehr merkwürdig, daß so lange Zeit hat verstreichen müssen, bis das Problem der innigen Wechselbeziehungen zwischen der Tätigkeit der Haut und dem Allgemeinorganismus einen greifbaren wissenschaftlichen Niederschlag gefunden hat.

Wenn sich auch diesbezüglich Meinungen und Ansichten bis in die graue Vorzeit verfolgen lassen und auch den alten Ärzten die Wirkung von Sonne, Luft und Wasser, die ja zunächst ihren Hauptangriffspunkt an der Haut haben, durch die Haut auf den Allgemeinorganismus bekannt waren und zum Nutzen des Menschen ärztlich verwandt wurden, so war die Zergliederung all dieser alten Erfahrungen und ihre Zusammenfassung mit allem aus der Ära der Immunitäts- und Allergielehre hinzugekommenen Neuen durch *E. Hoffmann* unter den Begriff der Esophylaxie eine fruchtbringende Problemstellung. Seitdem hat sich Wissenschaft und Praxis damit in gleicher Weise intensiv auseinandersetzen müssen.

Mit Recht stellt *E. Hoffmann* in seiner Veröffentlichung nur das zusammen, was als mehr oder minder gesicherter Besitz heute bezeichnet werden kann. Aber aus der glücklichen Art der Zusammenstellung geht, neben einer Fülle von Anregungen, hervor, daß hier ein Arbeitsgebiet von ungeahnter Weite vorliegt, welches sicher berufen ist, für alle Disziplinen der medizinischen Wissenschaft in weitgehendem Maße ein Bindeglied gemeinsamer Forschung zu werden.

Möge diese Schrift *E. Hoffmanns* ein weiterer Ansporn werden, diese zum Teil sehr komplizierten Fragen von allen Seiten mehr als bisher in Angriff zu nehmen. Soweit sich übersehen läßt, hat in dieser Richtung bereits das Büchlein eine erfreuliche Wirkung getan. Für Ärzte wie für Laien ist es gleich lesenswert und anregend, und man kann sehr viel daraus lernen. *Frieboes* (Rostock).

E. Hoffmann (Bonn): *Wie kann die Menschheit von der Geißel der Syphilis befreit werden?* Berlin 1927. J. Springer. Pr. Mk. 2,30.

Die Antwort, die *E. Hoffmann* (Bonn) in diesem Büchlein gibt, enthält das Resümee alles dessen, was er in unermüdlicher Arbeit selbst mitgebaut hat von der Entdeckung der Spirochaete pallida bis zu den neuesten Wandlungen der Syphilistherapie.

Der besondere Wert des Büchleins besteht, abgesehen von dem flüssigen und leichtverständlichen Stil, in der überall durchführbaren Tatsache, daß hier jemand zu Ärzteschaft und Allgemeinheit spricht, der selbst mit ureigenster Erfahrung den Stoff meistert und neben dem Forscher vor allem ein mitfühlender Arzt und Helfer der Menschheit ist.

Die Lektüre ist daher Ärzten und Laien aufs wärmste zu empfehlen; jeder wird Nutzen daraus ziehen, und vor allem wird der Laie das Gefühl haben, daß eine vernünftige und sachgemäß kontrollierte Syphilisbehandlung nicht gefahrvoller ist wie irgendeine andere Therapie bei schweren

Digitized by Google

Allgemeinerkrankungen. Daß aber die Syphilis eine solche ist, geht aus dem ganzen Aufbau des Büchleins erfreulich deutlich hervor. Ärzte und Laien müssen und sollen sich der großen Verantwortung gegenüber der Syphilis bewußt bleiben.

Besonders anerkennenswert ist neben der Betonung, wie ernst eine syphilitische Infektion und ihre Folgezustände zu nehmen sind, der gesunde Optimismus hinsichtlich der Heilungsmöglichkeit. Er entspricht, soweit es sich heute übersehen läßt, in der von *Hoffmann* niedergelegten Form durchaus den Tatsachen.

So stellt das Büchlein in allem eine sehr willkommene Bereicherung des aufklärenden Bücherschatzes dar, dem weiteste Verbreitung zu wünschen ist, und weist zudem auf ein hohes Ziel hin, zu dessen Erreichung alle Beteiligten sich zusammenschließen sollten. *Frieboes* (Rostock).

W. Zinn und G. Katz: *Biologische Einwirkung von der Haut auf den gesunden und tuberkulösen Organismus.* Leipzig 1927. J. A. Barth. Brosch. Mk. 12,—.

Auf Grund der Blochschen und E. Hoffmannschen Anschauungen von der besonderen biologischen Funktion der Haut und hauptsächlich auf Grund des E. Hoffmannschen Esophylaxiebegriffes haben sich zahlreiche Arbeiten der letzten Jahre mit der Erforschung der nach innen gerichteten Schutzfunktion der Haut beschäftigt. Gerade bei der modernen Tuberkulosetherapie hat die Pflege der Haut größte Beachtung gefunden, und so ist es zu begrüßen, daß nun auch zwei so bekannte innere Mediziner wie *Zinn* und *Katz* unter dem Gesichtspunkt der kutanen Tuberkulindiagnostik und Tuberkulintherapie die Bedeutung der Haut eingehend betrachtet haben. Nach einem kurzen Überblick über die durch unspezifische Hautreize hervorgerufenen Wirkungen auf den Organismus werden die Immunitätsverhältnisse der Haut bei der Tuberkulose und dann die kutane Tuberkulintherapie auf Grund eigener zahlreicher experimenteller Untersuchungen und klinischer Erfahrungen eingehend besprochen. Von den einzelnen Verfahren sind die *Petruschky-* und *Pomdorf*-Behandlung, die Ektebineinreibungen *Moros* und die Subepidermaltherapie *Wolff-Eisners* und *Sahlis* besonders dargelegt. Da heute die Frage, ob die Tuberkulinreaktionen sich aus mehr spezifischen oder mehr unspezifischen Faktoren zusammensetzt, lebhaft diskutiert wird, sind diese Kapitel besonders interessant. Ein sehr reichhaltiges Literaturverzeichnis ist dem Bändchen beigefügt, das zum eingehenden Studium gerade dem Dermatologen sehr empfohlen werden kann. *Memmesheimer* (Bonn).

---

15. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft und 50jährige Wiederkehr der Einführung regelmäßiger dermatologischer Vorlesungen an der Universität Bonn.

In diesem Jahre ist ein halbes Jahrhundert verflossen, seit Professor Dr. *Josef Doutrelepont* auf Veranlassung seines Lehrers, des Chirurgen Geheimrat *Busch* und der Bonner Medizinischen Fakultät, regelmäßige Vorlesungen über Haut- und Geschlechtskrankheiten an unserer rheinischen Hochschule eingerichtet hat. Nachdem Professor *Wutzer* und er schon vorher über Syphilis gelesen hatten, mußte er die Gesamtvorlesung zunächst aus

Digitized by Google

eigenen Mitteln abhalten und konnte sie seit 1879 durch eine von ihm selbst begründete und unterhaltene Privatpoliklinik beleben. Sehr bald fand seine Lehrtätigkeit solche Anerkennung, daß im Jahre 1882 eine eigene und selbständige staatliche Hautklinik und Poliklinik eingerichtet wurde. So ist dieser bewährte akademische Lehrer, der die älteste Klinik Westdeutschlands bis zu einer planmäßigen Bettenzahl von 82 Betten und 4 Assistentenstellen ausbauen konnte, nicht nur der Begründer einer der ersten Hautkliniken an den reichsdeutschen Universitäten, sondern auch der Schöpfer des Lehrstuhls für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Bonn geworden, nachdem er schon seit 1863 als Privatdozent für Chirurgie und Augenheilkunde und seit 1869 als außerordentlicher Professor dem Lehrkörper der Universität angehört hatte. Seine großen Verdienste, die er sich in 36jähriger Lehrtätigkeit auf dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten und besonders durch seine Tuberkulose- und Syphilisforschungen erworben hat, sind allgemein anerkannt und werden unvergessen bleiben; auch seine Befunde über das Vorkommen säurefester Bazillen in gummösen Produkten erscheinen infolge neuerer Untersuchungen über Mischinfektion von Tuberkulose und Syphilis (*Ramel* und andere) nunmehr in anderem Lichte.

Ein glücklicher Zufall bringt es mit sich, daß gerade in diesem Jahr der 15. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, deren Mitbegründer und langjähriges Ausschußmitglied *Doutrelepont* war, in Bonn vom 4. bis 8. September tagen wird. Bei der feierlichen Eröffnungssitzung, die am 5. September pünktlich um 9 Uhr vormittags im Kongreßlokal, der Beethovenhalle, stattfindet, wird auch seiner gedacht werden. In der anschließenden ersten wissenschaftlichen Sitzung wird das Thema

Biologie und Pathologie der Röntgenstrahlenwirkung

von drei Referenten, Prof. *Grebe* (Bonn), Prof. *H. Meyer* (Bremen) und Dozent *Miescher* (Zürich) besprochen und im Anschluß daran eine Fülle von Vorträgen über Strahlenkunde und das Gebiet der Haut- und Geschlechtskrankheiten gehalten werden, wozu bereits über 100 Anmeldungen vorliegen. Am Mittwoch nachmittag findet eine Vorstellung seltener Krankheitsfälle in der Hautklinik und dem benachbarten Pathologischen Institut statt.

An gesellschaftlichen Veranstaltungen sind ein rheinischer Abend, gegeben von der Stadt Bonn am 5. September im Bürgerverein, eine Dampferfahrt mit Essen auf dem Schiff und Rheinbeleuchtung am 6. September, ein gesellschaftlicher Abend, gegeben von der Rheinisch-Westfälischen Dermatologenvereinigung, am 7. September in der Lese und ein Ausflug nach Aachen mit Essen im Quellenhof, auf Einladung der dortigen Stadt- und Bäderverwaltung am 8. September vorgesehen, woran stets auch die Damen teilnehmen können; letztere werden ferner die Schenswürdigkeiten Bonns, den Drachenfels, Bad Godesberg und Neuenahr besuchen.

Da schon zahlreiche Anmeldungen erfolgt sind, darf mit großer Beteiligung nicht nur aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, sondern auch aus dem weiteren Ausland gerechnet werden. Von England und Amerika sind auch schon Teilnehmer angemeldet.

Digitized by Google

Personalien und Tagesnachrichten.

Prof. Dr. *Erich Schmidt*, Oberarzt an der Hautklinik in Tübingen, ist zum Direktor der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten am Städtischen Katharinen-Hospital in Stuttgart gewählt.

Priv.-Doz. Dr. *Birnbaum*, erster Assistent der Universitäts-Hautklinik in Würzburg, ist als leitender Oberarzt an der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Städtischen Krankenanstalten in Dortmund gewählt, als Nachfolger des wegen Erreichung der Altersgrenze am 1. Oktober 1927 ausscheidenden Prof. Dr. *Fabry*.

Laut Mitteilung von Dr. *Joseph Jordan Eller* in Neuyork ist ein schon vorhandenes Lehrinstitut, die Hautklinik der New York Post Graduate Medical School and Hospital neu aufgebaut, vergrößert und mit allen modernen Mitteln für die Erkennung und Behandlung aller Zweige der Dermatologie und Syphilidologie ausgestattet worden. Die Klinik, bestehend aus 18 Räumen, bietet die Möglichkeit, 100000 dermatologische Fälle im Jahr zu versorgen. Direktor und Leiter ist Prof. *George Miller Mac Kee*, ihn unterstützen Prof. *Fred Wise* und *J. Rosen*, ferner noch zahlreiche Assistenten.

In Edinburgh starb *James W. Dawson* im Alter von 57 Jahren. Als Pathologe hat er sich in erster Linie histologischen Forschungen gewidmet, die meist die allgemeine Pathologie betreffen; sein letztes reich illustriertes Werk „Morphologie und Histogenese der Melanome" ist auch für den Dermatologen von großem Interesse.

Im Alter von 73 Jahren starb Prof. *Milton Bixler Hartzell*, ein Schüler *Duhrings*, dessen Nachfolger auf dem Stuhle der Dermatologie an der Universität Philadelphia er wurde. Neben einer großen Zahl von wissenschaftlichen Arbeiten, die sich in erster Linie mit der Histologie der Hautkrankheiten befaßten, hat er ein Lehrbuch der Hautkrankheiten verfaßt. Seit 1922 lebte er im Ruhestand.

Digitized by Google

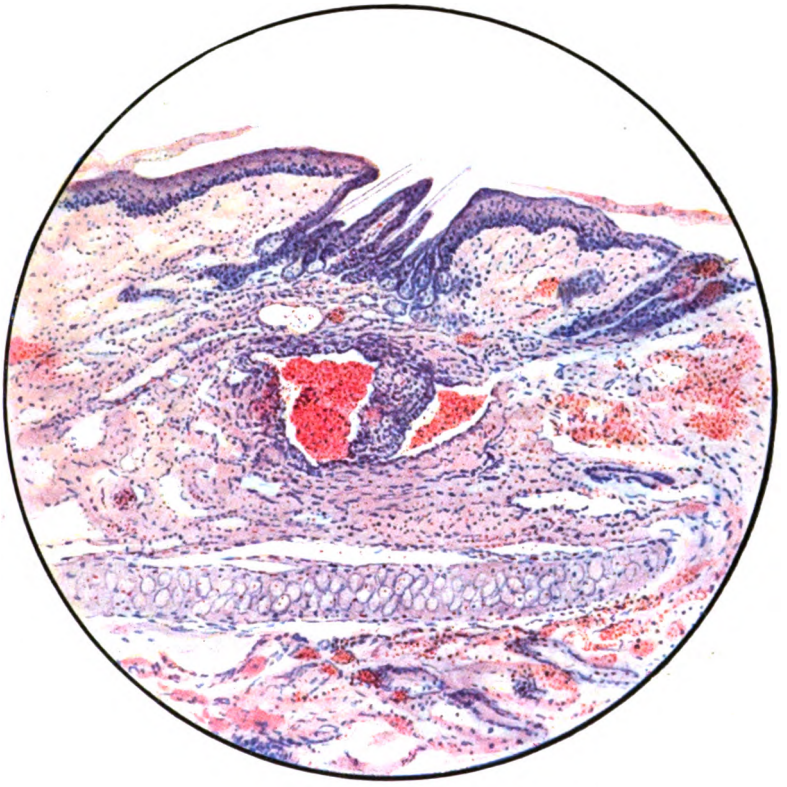


Abb. 1.
Exzision nach fünf Tagen. Intimasproßbildung ins Lumen hinein.
Sonst im Lumen normal zirkulierendes Blut.

Digitized by Google

Digitized by Google

Abb. 2. Exzision nach 10 Tagen. Venenlumen bis auf kleine zentrale Stelle (dunkel) obliteriert.

Digitized by Google

Digitized by Google

I.

(Aus der Universitäts-Hautklinik Freiburg i. B. [Direktor: Prof. Dr. *G. A. Rost*].)

Bikolorierte Harzkolloidreaktionen des Liquor cerebrospinalis.

Von

Dr. ALFRED MARCHIONINI und Dr. FRITZ STERN.

(Mit vier Abbildungen.)

Die Einführung der Malariabehandlung in die Luestherapie (*Bering, E. Hoffmann, Kyrle*) stellt neue Anforderungen an die Technik des Luesnachweises im Serum und vor allem im Liquor. Es genügt nicht mehr, im Liquor lediglich die Zellen zu zählen, die Eiweißreaktionen zu prüfen und die Wa.R. anzustellen: *die kolloidchemische Liquoruntersuchung hat entscheidende Bedeutung für die Beurteilung der Liquornorm und der Liquorpathologie gewonnen.* Die Methoden dieser Untersuchung einfach und prägnant zu gestalten, ist das Ziel zahlreicher Arbeiten in der letzten Zeit gewesen.

In vergleichenden Untersuchungen über *Harzkolloidreaktionen* des Liquor cerebrospinalis hatte der eine von uns *(Marchionini)* festgestellt, daß eine Kombination der drei bekannten Harzkolloidreaktionen — Mastix—Benzoë—Schellack R. — als eine technisch einfach zu handhabende, diagnostisch weitgehend vollkommene Form der Kolloiddiagnostik des Liquor cerebrospinalis zu betrachten sei. Es war der Weg zu dieser Form der Kolloidreaktionen aus dem Bestreben gewählt worden, jene Resignation zu bekämpfen, die in zahlreichen Laboratorien gegenüber den Kolloidreaktionen prinzipiell entstanden war, und die ihren Grund in der Tatsache fand, daß der Herstellung eines geeigneten Goldsols zur Goldsolreaktion trotz aller Verbesserungsvorschläge große Schwierigkeiten entgegenstanden, und daß wiederum die Mastixreaktion — nach Meinung zahlreicher Autoren — mit dem Vorteil einer leichteren Ausführbarkeit den Nachteil einer geringeren differentialdiagnostischen Dignität verband. Diese Resignation gegenüber den *Reihenkolloidreaktionen* (die Reaktion wird in mehr oder minder langen *Verdünnungsreihen* angestellt) hat *Schwarz* und *Grüneuald* veranlaßt, die Aufgabe der Reihenreaktionen prinzipiell zu empfehlen und diese Form der Kolloidreaktion durch die *Kolloideinzelreaktion* in Gestalt der *Siliquidreaktion* zu ersetzen. Diesem Vorschlage sind *Blumenthal* und *Shirakawa* und *Otto* gefolgt.

Digitized by Google

Wir haben an anderer Stelle nach eingehender experimenteller Prüfung unsere Ansicht über den Wert der Siliquidreaktion im allgemeinen und das Verhältnis von Einzel- zu Reihenkolloidreaktionen im besonderen dargestellt und sind zum Schluß gekommen, daß die *Einzelreaktion* als erste *Vor- oder Übersichtsreaktion* über normale oder pathologische Qualität des Liquors zu orientieren vermag, daß aber der eigentliche und besondere Wert der Kolloidreaktion für die neurologisch-klinische Diagnostik nur aus den Reihenreaktionen geschöpft werden kann. Für die differentialdiagnostische Vervollkommnung der Kolloidreaktionen schienen uns deshalb allein jene Wege gangbar, die zu einer Verbesserung — sei es der Herstellungstechnik der Kolloide, sei es der Ablesbarkeit — der Reihenreaktionen führten. Was die Frage der Vereinfachung der Technik anbetrifft, so hatten uns unsere Untersuchungen mit den Harzkolloiden gezeigt, daß mit ihrer Durchführung die praktische Lösung gefunden sei. Die Verfeinerung der Ablesbarkeit war eine Aufgabe, die sich *v. Thurzó* gestellt hatte, als er als Reihenreaktion die *bikolorierte Benzoë-* und *Mastixreaktion* angab, zu der sich später als Einzelreaktion auf der Grundlage der Schellackreaktion von *Marchionini* die bikolorierte *Schellackreaktion* von *v. Thurzó* und *Marchionini* gesellte.

Es lag in der Linie unserer Gedankengänge, die in den Mitfelpunkt der Kolloiddiagnostik des Liquor cerebrospinalis die Harzkolloidreaktionen stellten, weiter zu untersuchen, ob mit der Einführung der bikolorierten Form dieser Reaktionen eine Fortentwicklung der kolloidchemischen Liquordiagnostik erzielt worden war. Zu diesem Zwecke prüften wir gemeinsam 200 Liquores, die teils aus dem Lumbalpunktionsmaterial unserer Klinik, teils aus demjenigen anderer Kliniken und Krankenhäuser bestand, das unserer serologischen Abteilung zur Untersuchung übergeben worden war. *Unser Material enthielt Liquores aus allen Gruppen und Stadien der Lues des Zentralnervensystems, ferner in größerer Zahl solche von Meningitiden verschiedener Genese und anderer organischer Nervenleiden mit oder ohne pathologischen Liquorbefund.*

Unsere Untersuchungen erstreckten sich zunächst darauf, die *Individualität* der einzelnen bikolorierten Reaktionen zu erkennen. Nach ausgedehnteren technischen Vorstudien gingen wir später dazu über, das *Verhältnis der bikolorierten Reaktionen zueinander* und zuletzt ihre *Stellung zu den bisherigen nicht- oder monokolorierten Harzkolloidreaktionen* einerseits und zur *Goldsolreaktion und Wa.R.* andererseits zu untersuchen.

Die Individualität der bikolorierten Harzkolloidreaktionen.

1. Die bikolorierte Mastixreaktion (v. Thurzó).

An der Technik der bikolorierten Mastixreaktion haben wir keine nennenswerten Änderungen vorgenommen. Das wesentlich Neue besteht in dem Zusatz von zwei Farben — Brillantfuchsin und Naphtholgrün B — zu

Digitized by Google

einer kolloidalen Mastixlösung. Die Einzelheiten der Technik können aus Gründen der Raumersparnis hier nicht mitgeteilt werden. Sie müssen in den im Literaturverzeichnis angegebenen Originalarbeiten *v. Thurzós* nachgelesen werden.

Die *Ablesung* der Reaktion erfolgt nach 24 Stunden. Bei pathologischen Liquores ist die Reaktionsänderung des bikolorierten Mastixsols schon wenige Minuten nach dem Ansetzen der Reaktion durch stärkere Trübung in der pathognomischen Region erkennbar. Nach der Ausfällung zeigt sich nun das Neue und Besondere der Reaktion: *die pathologische Qualität des Liquors ist nicht allein aus einer Ausflockung, sondern außerdem noch aus einer bestimmten Farbveränderung des am Boden befindlichen Niederschlages und der darüber stehenden Flüssigkeit erkennbar. v. Thurzó* unterscheidet *sieben Reaktionsstufen.* Das normale Kolloidliquorgemisch hat eine tiefrote Farbe. Die Änderung dieses Zustandes kann sich kundtun, erstens als geringe Opaleszenz, wobei die rote Farbe des Kolloides sich nicht ändert, wohl aber seine Durchsichtigkeit abnimmt; bei stärkerer Abnahme der Durchsichtigkeit entsteht als zweiter Grad — wiederum ohne Farbänderung — eine hochgradige Opaleszenz. Beim dritten Grade der Veränderung ist die Durchsichtigkeit vollständig verloren gegangen, die Farbe immer noch geblieben. *v. Thurzó* bezeichnet diesen Grad als ±. Vom vierten Grade ab beginnen die Ausfällungen mit Farbänderungen, wobei das Sediment stets rot gefärbt ist, während die Farbe der darüber stehenden Flüssigkeit bei Grad 4 (+) graurot, bei Grad 5 (++) graugrün, bei Grad 6 (+++) hellgrün und schließlich bei Grad 7 (++++) grün ist.

Die *Reaktionsgrade* der einzelnen Röhrchen werden wie bei den anderen Reihenreaktionen in einem Koordinatensystem registriert und als Kurven dargestellt, wie aus beistehenden Abbildungen ersichtlich ist.

Die *Klinik* der bikolorierten Mastixreaktion gestattet, eine einigermaßen deutliche Unterscheidung zwischen *drei typischen Kurvenformen* auszuführen.

Die *Normalkurve* (Abb. 1) entspricht den Reaktionsgraden I und II: mehr oder minder starke Opaleszenz in den ersten Röhrchen, keinerlei Farbveränderung, keine Flockung resp. Ausfällung.

Die *Lueskurve* (Abb. 1) ist bedingt durch eine Ausfällung mit entsprechenden Farbveränderungen in den ersten Röhrchen der Reihe (Linksfällung). *v. Thurzó* unterscheidet — allerdings mit einigen Vorbehalten — innerhalb der Lueszone je nach dem Grunde der Ausfällung Paralyse — Taboparalyse — Tabes — Lues cerebri. Wir glauben, uns nach unseren Erfahrungen mit der bikolorierten Mastixreaktion dieser Auffassung nicht anschließen zu können. Schon ein normaler Liquorbefund kann nicht ohne weiteres für das Fehlen jedweder Beteiligung des Zentralnervensystems an dem luischen Prozeß gedeutet werden. *Rost* wies als erster darauf hin, daß „schwere zerebrale syphilitische Veränderungen vorhanden sein können bei gänz-

Digitized by Google

lichem Fehlen von Liquorveränderungen". Diese Ansicht ist durch ausgedehnte Untersuchungen, die von *Schäber* aus unserer Klinik veröffentlicht wurden, bekräftigt worden. *Igersheimer* kennt Fälle von luischer Optikuserkrankung mit negativem Liquorbefund. Andererseits beweisen Liquorveränderungen schwerster Art nicht in allen Fällen das Vorhandensein einer hirnsyphilitischen Erkrankung. *Schäber* berichtet, daß in 5,3% seiner Fälle aus unserer Klinik eine positive Wa.R. im Liquor auftrat bei klinisch intaktem Zentralnervensystem. Wir selbst erhielten in mehreren Fällen mit der bikolorierten Mastixreaktion „Paralysekurven", in denen weder somatisch-neuro-

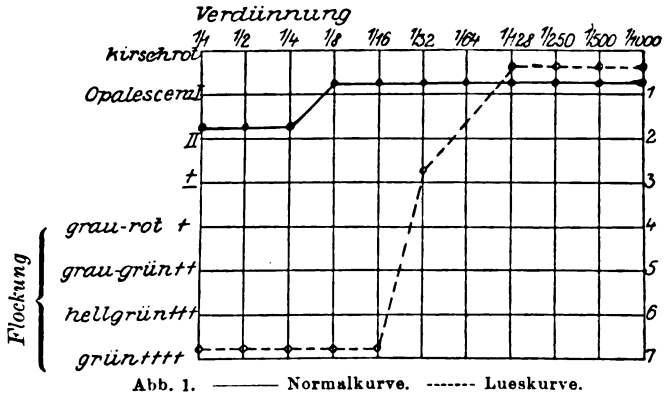


Abb. 1. ——— Normalkurve. ------- Lueskurve.

logisch noch psychisch irgendwelche Veränderungen des Zentralnervensystems festzustellen waren. Wie wir schon an anderer Stelle in Übereinstimmung mit *T. Benedek, Goebel, Mazza, Mey* und *Nino, Pisani, Rizzo, Schmitt, H. Wassermann* u. a. für die Normomastixreaktion *(Kafka)* betonten, glauben wir auch jetzt für die bikolorierte Mastixreaktion feststellen zu müssen, daß *ihre Lueskurven ohne anamnestische Angaben und klinisch-neurologischen Befund eine Differenzierung innerhalb der Lues-nervosa-Erkrankungen nicht ermöglichen.*

Die *Meningitiskurve* (Abb. 2) der bikolorierten Mastixreaktion ist dagegen eher in zwei verschiedene Kurventypen aufzulösen, je nachdem eine Meningitis purulenta oder tuberculosa vorliegt. Beide Meningitisformen ergeben die von den Reihenreaktionen bekannte „Rechtsverschiebung", d. h. die Verlegung des Flockungsmaximums in die Röhrchen 4—6. Die Flockungskurve selbst ist bei der Meningitis purulenta gewöhnlich breiter und tiefer als bei der Meningitis tuberculosa. Gelegentlich ist die Rechtsverschiebung wenig ausgesprochen. Es

Digitized by Google

gibt Formen von Meningitis, bei denen die Flockung bereits in Röhrchen 2 beginnt.

Linksfällungen wurden außer bei Lues auch bei manchen Fällen von multipler Sklerose, akuter Poliomyelitis, Encephalitis und Tumor cerebri beobachtet.

Die *Prognose* läßt sich aus der bikolorierten Mastixreaktion bei günstigem Verlauf der Behandlung einer Lues nervosa insofern beurteilen, als die Kurven an Tiefe und Breite abnehmen. Die beobachteten Meningitisfälle kamen alle ad exitum. Der Vergleich der Kurven aus fortlaufenden Punktionen zeigte zunehmende Vertiefung und Ausdehnung nach links.

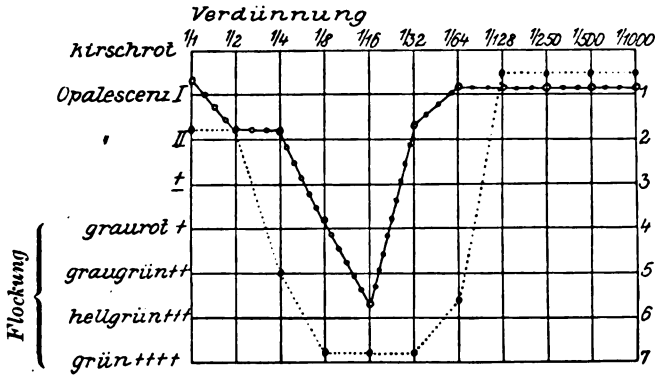


Abb. 2 ..... Meningitis tuberculosa, -o-o-o-o Meningitis purulenta.

2. Die bikolorierte Benzoereaktion (v. Thurzó).

Die Originalbenzoereaktion, die als Harzkolloid eine Benzoeemulsion verwendet, wurde 1920 von *Guillain, Laroche* und *Lechelle* angegeben. Über ihre Technik und klinische Eignung berichtete der eine von uns *(Marchionini)* nach ausgedehnten Untersuchungen an anderer Stelle. Diese Reaktion wird nur nach ihrem Flockungsbilde beurteilt. Um auch ihre Ablesung zu erleichtern und zu verdeutlichen, arbeitete *v. Thurzó* eine Methode der Bikolorierung des Kolloids analog der bikolorierten Mastixreaktion als *bikolorierte Benzoereaktion* aus. Auch diese Reaktion wurde von uns am selben Liquormaterial nachgeprüft und in Vergleich zu den oben angesetzten Reaktionen gesetzt.

Auch die *Technik* dieser Reaktion kann nicht in Einzelheiten mitgeteilt werden; diese sind ausführlich in den Originalarbeiten *v. Thurzós* geschildert. Das Besondere der Reaktion liegt in der Herstellung einer kolloidalen Benzoesuspension, der ebenfalls zwei Farben — Brillantfuchsin und Lichtgrün — zugesetzt sind.

Die *Ablesung* erfolgt nach 24 Stunden.

v. Thurzó unterscheidet *10 Reaktionsgrade*. Die unveränderte violette Farbe bezeichnet er als 0; der erste Grad der Änderung ist der Farbwechsel in rötlich-lila, als zweiter folgt rot, als dritter hellrot, schwach opaleszierend. Grad 4 zeigt bei lila-violettroter Färbung geringe Fällung, 5—10 violettrote

Digitized by Google

Färbung, wobei bei Grad 5 die Färbung der überstehenden Flüssigkeit rot, bei 6 hellrot, bei 7 bläulich, bei 8 grün, bei 9 hellgrün, bei 10 weiß ist. Färbungs- und Fällungsgrade werden in einem entsprechenden Schema kurvenmäßig dargestellt. (Siehe nebenstehende Abbildungen.)

Die *klinische* Bewertung des Ablesungsergebnisses führt wiederum zur Aufstellung von drei Kurventypen.

Die *Normalreaktion* (Abb. 3) zeigt im allgemeinen in den ersten 3 Röhrchen Farbenumschlag in rot, gelegentlich in den weiteren Verdünnungen in rötlich-violett, um schließlich in den höchsten Verdünnungen die Farbe des Ausgangskolloids anzunehmen.

Die *Lueskurve* (Abb. 3) ist gekennzeichnet durch Fällungen in den ersten Röhrchen der Reihe (Linksfällung). *Eine Differen-*

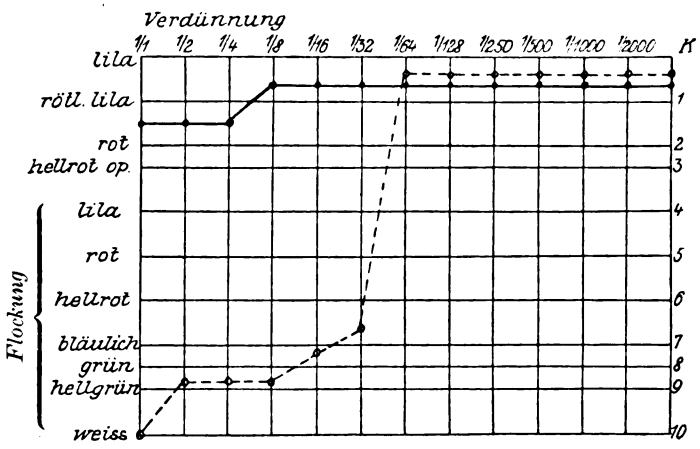


Abb. 3. ------- Normalkurve. ---·---- Lueskurve.

zierung in Paralyse-, Tabes-, Lues-cerebri- usw. Kurven scheint nach unseren Erfahrungen nicht möglich.

Die *Meningitiskurve* (Abb. 4) rückt ausgesprochen nach rechts, d. h. die Ausfällungen beginnen erst in höheren Verdünnungsgraden. Eine Unterscheidung in Meningitis purulenta und tuberculosa ist aus dem Kurvenbild nicht zu fällen. Dagegen ist die *Trennung der Meningitiszone von der Lueszone sehr deutlich.*

Encephalitis, Poliomyelitis, Tumor cerebri und *multiple Sklerose* gaben, wofern sie überhaupt positiv reagierten, *Linksfällungen.*

Die *Prognose* aus der bikolorierten Benzoereaktion läßt sich bei der Lues des Zentralnervensystems insofern stellen, als bei erfolgreich behandelten Fällen die Kurve flacher und schmäler

Digitized by Google

wird. Bei Meningitiden — alle von uns untersuchten Fälle verliefen, wie bereits erwähnt, letal — zeigte sich im Krankheitsablauf eine Ausdehnung der Kurve nach unten und links.

3. Die bikolorierte Schellackreaktion (v. Thurzó und Marchionini).

Als Kolloideinzelreaktion ist im Anschluß an die Schellackreaktion von *Marchionini* vor kurzem die bikolorierte Schellackreaktion von *v. Thurzó* und *Marchionini* angegeben worden. Sie soll *kein „Ersatz" der Reihenkolloidreaktionen* sein, sondern lediglich als *Vorreaktion* dienen; als *Schnellreaktion*, da sich die ganze Reaktion in einem Röhrchen vollzieht und das Resultat in einigen Minuten abzulesen ist.

Das Prinzip ihrer *Technik* liegt darin, daß zu dem nach dem Verfahren von *Marchionini* hergestellten Schellackhydrosol in besonderer Weise, die in

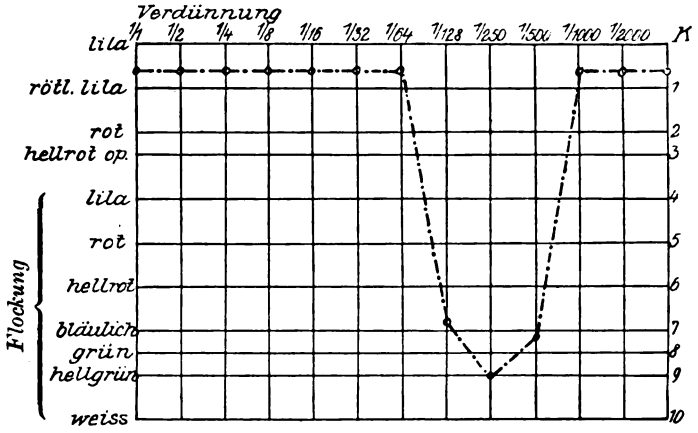


Abb. 4. —·—·— Meningitis.

der Originalarbeit nachgelesen werden muß, zwei Farblösungen von Brillantfuchsin und Naphtholgrün B hinzugefügt werden.

Zur *Klinik* der bikolorierten Schellackreaktion ist zu bemerken, daß *normaler Liquor* das Sol unverändert läßt. *Pathologischer Liquor* gibt eine Veränderung, die zunächst durch Ausfällung charakterisiert ist. Man sieht auf dem Boden einen roten Niederschlag; die überstehende Flüssigkeit ist je nach dem Grade der pathologischen Qualität des Liquors hellgrün und leicht getrübt (+) oder intensiv grün und klar (++). Darüber hinaus sagt die bikolorierte Schellackreaktion nichts aus. Sie soll es auch nicht: *ihr Zweck ist lediglich, eine erste rasche Orientierung über normale oder pathologische Qualität des Liquors zu ermöglichen,* wie sie für klinische und experimentelle Zwecke oft erwünscht ist.

Digitized by Google

Stellung der bikolorierten Harzkolloidreaktionen zueinander.

Nachdem wir die Individualität jeder der drei bikolorierten Harzkolloidreaktionen kennen gelernt haben, könnte die Frage erhoben werden, welcher von den dreien der Vorzug gehört. Dabei muß zunächst prinzipiell erörtert werden, ob es sich überhaupt empfiehlt, nur mit *einer* Reihenkolloidreaktion zu arbeiten. Wir möchten nach unseren Erfahrungen davon entschieden abraten. Abgesehen davon, daß die *Kombination zweier Reaktionen* in diesem Falle eine *Vervollkommnung des biologischen Bildes* bedeutet, wie aus dem beigefügten Schema ersichtlich ist, würden wir es stets ablehnen, auf Grund des Ausfalls *einer* Reaktion allein ein Urteil abzugeben. Jeder, der mit Kolloidreaktionen längere Zeit gearbeitet hat, weiß, wie oft deren Ausfall von unkontrollierbaren äußeren Faktoren störend beeinflußt werden kann. Andererseits wird gerade gegenwärtig in der Zeit erhöhter Aktivität in der Lues- und Metaluestherapie, wie wir eingangs bereits betonten, der Liquorpathologie erhöhter Wert beigemessen; ihr Reaktionsbild gibt Veranlassung zu einschneidenden therapeutischen Konsequenzen. Da erscheint es unbedingt notwendig, das Urteil über die patho-

Reihenreaktionen	Syphilitische Erkrankungen des Zentralnervensystems (Paralyse, Tabes, Lues cerebri)	Nicht syphilitische organische Erkrankungen des Zentralnervensystems (Poliomyelitis, Encephalitis, multiple Sklerose, Tumor cerebri u. a.)	Meningitis	
			tuberculosa	purulenta
Bikolorierte Mastixreaktion	Linksflockung	Linksflockung	(Nicht immer ausgesprochene) Rechtsflockung spitze schmale | breite tiefe Flockungskurve	
Bikolorierte Benzoereaktion	Linksflockung	Linksflockung	Deutliche Rechtsflockung Differenzierung nicht möglich	
Normo-Mastixreaktion	Linksflockung	Linksflockung	(Nicht immer ausgesprochene) Rechtsflockung spitze schmale | breite tiefe Flockungskurve	
Benzoereaktion	Linksflockung	Linksflockung	Deutliche Rechtsflockung Differenzierung nicht möglich	
Goldsolreaktion	Linksflockung	Linksflockung	Deutliche Rechtsflockung Differenzierung nicht möglich	

Digitized by Google

logische Qualität des Liquors so sicher gegründet wie irgend möglich abzugeben. Auf dem Gebiet der Kolloiddiagnostik gehört dazu unbedingt das *Ansetzen mehrerer Reaktionen nebeneinander.*

Die Empfindlichkeit beider bikolorierten Reihenkolloidreaktionen ist annähernd gleich. Für die *Diagnostik der Lues* des Zentralnervensystems geben beide Reaktionen das gleiche Bild: *die typische Linksfällung.* Ihre weitere Differenzierung in Paralyse, Tabes, Lues cerebri ist, wie wir gesehen haben, bei beiden Reaktionen nicht möglich. *Dagegen gewinnt die Diagnose der Meningitis aus einer Kombination beider Reaktionen.* Wir bemerkten bereits, daß die bikolorierte Mastixreaktion eine Differentialdiagnose zwischen Meningitis purulenta und tuberculosa in vielen Fällen gestattet, die bikolorierte Benzoereaktion dagegen nicht. Andererseits ist bei der bikolorierten Mastixreaktion eine sichere Unterscheidung, ob überhaupt eine Meningitis vorliegt, aus dem Kurvenverlauf oft nicht zu treffen, weil die Fällung sich bei Menigitiden zuweilen in den ersten Röhrchen abspielt, also eine sogenannte Linksflockung ergibt, die die Differentialdiagnose gegen luische und unspezifische Prozesse (Encephalitis, Poliomyelitis, Tumor cerebri u. a.), die auch mit einer Linksflockung einhergehen, unmöglich macht. In solchen Fällen läßt sich durch die bikolorierte Benzoereaktion leicht und sicher entscheiden, ob überhaupt eine Meningitis vorliegt; denn alle Meningitiden — und nur sie allein — geben mit dieser Reaktion eindeutige Rechtsverschiebung. Hat man aber erst einmal durch die bikolorierte Benzoereaktion sicher den Meningitischarakter des Prozesses ermittelt, dann läßt sich bei genauem Studium des entsprechenden Kurvenbildes der bikolorierten Mastixreaktion eine Differentialdiagnose zwischen Meningitis purulenta und tuberculosa meistens ermöglichen. Hier zeigt sich also in besonders eindeutiger Weise der *besondere Wert der Kombination zweier Reihenkolloidreaktionen*, eine Tatsache, die in ähnlicher Form bereits in unseren früheren Untersuchungen über Harzkolloidreaktionen festgestellt werden konnte.

Stellung der bikolorierten zu den mono- und nichtkolorierten Harzkolloidreaktionen und zur Goldsolreaktion.

Wenn Vergleiche zwischen den bikolorierten und den mono- und nichtkolorierten Harzkolloidreaktionen gezogen werden, so ist das natürlich immer nur zwischen den entsprechenden Reak-

Digitized by Google

tionen zweckmäßig. Nach unseren speziellen Untersuchungen lassen sich *Vergleiche* ermöglichen zwischen *Schellack- und bikolorierter Schellackreaktion, Normomastix- und bikolorierter Mastixreaktion, Benzoe- und bikolorierter Benzoereaktion* und schließlich zwischen der *Goldsolreaktion und den beiden bikolorierten Harzkolloidreaktionen.*

Beim *Vergleich der beiden Schellackreaktionen* muß zunächst betont werden, daß durch die Einführung der Farben in die an sich ja unveränderte Versuchsanordnung die Ablesung und Bewertung des Reaktionsausfalles verdeutlicht und erleichtert worden ist. Allerdings muß bei der bisherigen Form der bikolorierten Schellackreaktion — an ihrer Vervollkommnung arbeiten beide Autoren — das jedesmal frische Ansetzen des Gebrauchssols in Kauf genommen werden, das bei der ursprünglichen Schellackreaktion nicht notwendig war, weil sich das Sol mehrere Wochen unverändert gebrauchsfähig erhielt. Ferner lassen unsere noch nicht sehr umfangreichen Untersuchungen mit der bikolorierten Schellackreaktion (es wurde mit ihr nur ein Teil der 200 Liquores untersucht) noch kein Urteil zu, ob die bikolorierte Schellackreaktion die hohe Empfindlichkeit besitzt, die der ursprünglichen Schellackreaktion eigen ist.

Beim Vergleich der *Normomastixreaktion mit der bikolorierten Mastixreaktion* zeigt sich, daß weder die Technik der Reaktionen noch ihre klinischen Bilder nennenswerte Unterschiede aufweisen. Das Entscheidende ist hier die *Ablesung der Reaktion.* Und hierin scheint uns die bikolorierte Mastixreaktion tatsächlich einen Fortschritt gebracht zu haben, dessen zweifellos der in der Kolloidliquordiagnostik Erfahrene entraten kann, der aber dem Ungeübten, eben in die Technik sich Einarbeitenden von nicht unerheblichem Vorteil ist. Dieser Fortschritt beruht darin, daß *die positive Reaktion sich sowohl durch die Flockung als auch durch die Farbenänderung der darüber stehenden Flüssigkeit kundgibt.* Gerade jene Fälle, die mit der Normomastixreaktion einen Ausfall geben, bei dem der weniger Geübte sich schwer entscheiden kann, ob noch stärkste Trübung oder bereits geringe Flockung vorliegt; jene liquorpathologisch meist so außerordentlich wichtigen Fälle von Lues mit fraglicher Beteiligung des Zentralnervensystems zeigen in der bikolorierten Mastixreaktion ein eben durch zwei Kennzeichen — Farbe und Flockung — zu beurteilendes und darum eindeutiger abzulesendes Bild.

Wenn die Distanz zwischen Normomastixreaktion und bi-

Digitized by Google

kolorierter Mastixreaktion also nicht so erheblich ist, so ergibt der *Vergleich zwischen bikolorierter Benzoereaktion und der ursprünglichen Benzoereaktion* doch viel stärkere Unterschiede. Die Technik der bikolorierten Benzoereaktion ist natürlich — wenn auch nicht wesentlich — komplizierter als die der Benzoereaktion. Dafür gewinnt man aber klinisch mancherlei Vorteile durch die bikolorierte Benzoereaktion. Zunächst fällt beim normalen Liquor jene störende Fällung im Mittelfeld der französischen Originalreaktion fort, jene Fällung, die gerade in Fällen von beginnender Liquorveränderung bei der Lues große Schwierigkeiten bei der Beurteilung des Reaktionsergebnisses bedingt. Ferner gilt bei der Benzoereaktion, die überhaupt keine Farben kennt und deren beginnende Flockung bei der starken Undurchsichtigkeit des Kolloids gelegentlich nur schwer erkennbar ist, dasselbe in noch erhöhtem Maße wie bei den Mastixreaktionen, daß durch die *Bikolorierung die Ablesung und Bewertung ganz erheblich erleichtert wird.* Bei der Benzoereaktion stellt die Bikolorierungsmethode von *v. Thurzó* einen ganz erheblichen Fortschritt dar.

Wenn die *Goldsolreaktion mit den bikolorierten Harzkolloidreaktionen* verglichen werden soll, so ist das Hauptgewicht auf die Unterschiede in der Technik zu legen. Und in der technischen Darstellung des Gebrauchssols sind zweifellos die bikolorierten genau so wie die anderen erwähnten Harzkolloidreaktionen der Goldsolreaktion weit überlegen. Der klinische Wert der Goldsolreaktion ist allerdings ein so ausgezeichneter, daß ihn im einzelnen die bikolorierte Mastixreaktion nicht, die bikolorierte Benzoereaktion vielleicht eben erreicht. Ihr besonderer Vorzug ist jene *differentialdiagnostische Dignität,* die sich in einer *absolut eindeutigen „Zonentrennung"* kundgibt, jener *Trennung des Ausflockungsgebietes der Lues* (Linksfällung) *von dem der Meningitis* (Rechtsfällung).

Allerdings ist eine kombinierte Anwendung der beiden bikolorierten Harzkolloidreaktionen speziell bei der Meningitisdiagnostik der Goldsolreaktion überlegen, weil nur jene Kombination die oben besprochene Differentialdiagnose zwischen Meningitis purulenta und tuberculosa ermöglicht, zu der die Goldsolreaktion nicht führt.

Stellung der bikolorierten Harzkolloidreaktionen zur Wa.R.

Das Verhältnis der bikolorierten Harzkolloidreaktionen zur Wa.R. im Liquor ist dasselbe wie das aller anderen Kolloidreak-

Digitized by Google

tionen zur Komplementbindungsreaktion: *Es besteht eine höhere Empfindlichkeit der Kolloidreaktionen.* Aus diesem Grunde ist die Kolloidreaktion im Beginn der luischen Erkrankung des Zentralnervensystems früher positiv und wird bei erfolgreicher Behandlung später negativ als die Wa.R. Das sind Vorzüge, die gerade für die Malaria-Therapie der Lues wesentliche Bedeutung besitzen.

Epikrise.

Zu den alten Erfahrungsgrundsätzen, die durch die bikolorierten Reaktionen eine Bestätigung erhalten, gesellt sich ein neuer Gesichtspunkt, der allerdings ein rein technischer ist, aber in seiner Auswirkung eine Stärkung der Basis der gesamten Kolloidliquordiagnostik bedingt. *Dieser neue Gesichtspunkt ist die durch die Bikolorierung herbeigeführte wesentliche Erleichterung und Vereinfachung der Ablesung und Bewertung der Kolloidreaktion.* Wie schon weiter oben erwähnt, wird der mit der kolloidchemischen Liquoruntersuchung Erfahrene dieser Unterstützung nicht bedürfen; dagegen ist *für den Anfänger in diesen Untersuchungsmethoden die Einarbeitung ganz erheblich erleichtert.* Als natürliche Folge dieser Vereinfachung wird die Einführung der Kolloiddiagnostik in zahlreichen kleineren Laboratorien zu erwarten sein, ein Vorgang, den schließlich auch die Ausdehnung der modernen Lues- und Metaluestherapie dringend erheischt, denn diese Therapie ist heute ohne die kolloiddiagnostische Kontrolle kaum noch denkbar. *Somit erweist sich die Bikolorierung der Harzkolloidreaktionen als eine Weiterbildung der kolloidchemischen Untersuchungstechnik des Liquor cerebrospinalis, die gleich fruchtbar für Diagnostik und Therapie zu wirken vermag.*

Theorie der bikolorierten Harzkolloidreaktionen.

Von den so zahlreichen Theorien über die Kolloidreaktionen des Liquor cerebrospinalis, die *Voitel* in einer ausgezeichneten kritischen Studie nebeneinandergestellt hat, ist die uns einleuchtendste jene Auffassung von *Mellanby* und *Anwyl-Davies*, nach der der *positive Ausfall der Kolloidreaktion* nicht lediglich von einer Eiweißvermehrung, sondern vor allem von dem Verhältnis der Eiweißfraktionen zueinander, insbesondere von dem *Verhältnis des Euglobulins zu dem Pseudoglobulin im Liquor* abhängig ist. Euglobulin ist elektropositiv geladen: es fällt kolloidales Gold, Mastix, Benzoe, Schellack usw., Pseudoglobulin dagegen erweist sich als elektronegativ: es

Digitized by Google

fällt kolloidales Eisen, Wismut usw. Im normalen Liquor halten sich beide Globulinarten das Gleichgewicht; es bleibt darum das negativ geladene Kolloid (Gold-, Mastixsol usw.) in Suspension. Im pathologischen Liquor hat sich das Verhältnis der Globuline zugunsten des Euglobulins verschoben. Das im Überschuß befindliche positive Euglobulin lädt negative Kolloidteilchen positiv um; diese positiv umgeladenen Teilchen ziehen negative Kolloidteilchen an. Es entsteht durch Koagulation eine Dispersitätsvergröberung bis zu jenem Grade, daß die ursprünglichen Kolloidteilchen als Flocken zu Boden sinken. Als neue Faktoren treten in diesen für alle Kolloidreaktionen gültigen Prozeß bei den bikolorierten Harzkolloidreaktionen die Farbteilchen, von deren elektrischem Ladungssinn nach *v. Thurzós* Untersuchungen so viel bekannt ist, daß die Naphtholgrün-B- und die Lichtgrünlösungen als elektronegativ, die Brillantfuchsinlösung dagegen als positiv geladen zu betrachten sind. Bei der Koagulation der Harzkolloidteilchen wird — möglicherweise durch Adsorption an diese — das elektropositive Brillantfuchsin mitgerissen; es liegt schließlich mit dem Harzkolloid als roter Niederschlag am Boden, während das negativ geladene Naphthol- oder Lichtgrün mit dem Dispersionsmittel über den Flocken in Suspension bleibt, bzw. bei besonders stark positiven Liquores auch das Lichtgrün geflockt wird, so daß — bei der bikolorierten Benzoereaktion — über dem gefärbten Niederschlag nur noch eine wasserklare Flüssigkeit steht.

Literatur.

T. Benedek, Derm. Wschr. Bd. 75. Nr. 36. — *Blumenthal* und *Shirakawa*, Med. Klin. 1924. Nr. 40. — *Goebel*, Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 87. H. 4/5. — *Guillain, Laroche et Lechelle*, La réaction du benjoin colloidal. Paris 1922. — *Igersheimer*, Syphilis und Auge. Berlin 1918. — *Kafka*, Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 74, H. 1—3. — *Marchionini*, Klin. Wschr. 1925. Nr. 5 u. 1927. Nr. 11. — *Derselbe*, D. med. Wschr. 1925. Nr. 23. — *Derselbe*, Derm. Ztschr. Bd. 48. H. 1/2. — *Derselbe*, Mschr. f. Kinderh. Bd. 30. — *Mellanby* und *Anwyl-Davies*, Brit. Journ. of experim. pathology. 1923. H. 4. — *Otto*, Klin. Wschr. 1925. Nr. 27. — *Pisani*, Ref. Ztrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. Bd. 12 u. 14. — *Rizzo*, Ref. Ztrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. Bd. 6. — *G. A. Rost*, Derm. Ztschr. Bd. 23. H. 3/4. — *Schäber*, Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 134. — *Schmitt*, Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 84. H. 3. — *Schwarz* und *Grünewald*, Klin. Wschr. 1924. Nr. 23. — *v. Thurzó* und *Kulczàr*, D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 80. H. 3/4. — *Derselbe*, Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 88. H. 1/3. — *Derselbe*, D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 91, H. 4—6. — *Derselbe* und *Marchionini*, Med. Klin. 1926. Nr. 45. — *Voitel*, D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 85. H. 3/4.

Digitized by Google

II.

(Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Basel
[Vorsteher: Prof. *W. Lutz*].)

Zur Kenntnis der Pathogenese der Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens (E. Hoffmann) und ihrer Beziehungen zur Acne conglobata.

Von

Dr. SILVER CUENI.

(Hierzu Tafel III—VI.)

Mit dem Namen Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens wird nach dem Vorgange von *E. Hoffmann* eine Dermatose bezeichnet, die bei voller Ausprägung klinisch etwa folgenden Charakter aufweist:

Im Bereich des Kapillitiums, in der Regel am Hinterkopf, gelegentlich bis über den Nacken herunterreichend, findet sich eine mehr oder weniger große Anzahl teils rundlicher, teils länglicher, teils wulstartiger, langgezogener und gewundener Vorwölbungen, in deren Bereich die Haare meist ausgefallen sind. Die Haut über den Vorwölbungen ist glatt, gespannt, in den zentralen Partien deutlich verdünnt, meist weißlich-gelblich, gelegentlich bis bläulich-rot verfärbt.

Knoten und Wülste, die in ihrem Zusammenstehen gelegentlich ein hirnwindungsähnliches Bild bedingen, fühlen sich meist weich und matsch an; auf Druck entleert sich aus ihnen durch mehrere Fistelöffnungen ein zähschleimiger Eiter. Man sieht dabei, daß die Wülste weitgehend kommunizieren, indem auf Druck auch an entfernten Stellen Eiter austreten kann. Beim Eingehen mit einer Sonde kann man feststellen, daß die Gänge unterminierend miteinander weitläufig in Verbindung stehen. Neben diesen größeren Herden finden sich kleinere, jüngere Knoten, die kutan-subkutan gelegen, mehr derb kompakt sich anfühlen mit noch behaarter wenig veränderter, etwa leicht geröteter Epidermis.

Zwischen den eigentlichen Knoten finden sich da und dort einzelne Pustelchen, und je nach dem Alter des Prozesses da und dort auch narbige, mitunter etwas keloid umgewandelte Einziehungen. Im Bereich des Nackens sieht man dazu reichlich vorhandene, ziemlich grobe Komedonen.

Anschließend an die erste Mitteilung von *E. Hoffmann* sind weitere Fälle von *Ruete*, *Wise* und *Parkhurst*, *Strause*, *Stangenberg*, *Friboes*, *Corson* publiziert worden.

Digitized by Google

Sie sind so charakteristisch, daß sie hier nicht im einzelnen wiedergegeben zu werden brauchen.

Ebenfalls hierher gehörig dürften ferner die von *Nobl, Hagiwara, Fox, Koehler, Freund,* wenn auch unter anderen Namen, veröffentlichten Beobachtungen sein.

Einige andere Beobachtungen, die *H. Hoffmann* in seinem Ergebnisreferat über Acne conglobata zu unserem Krankheitsbild zählen möchte, glauben wir hingegen nicht hierher rechnen zu können, nämlich die Fälle von *Levin, Schönhof, Gastou* und *Payenneville, Bizzozero, Smith, Feibes, Pringle* und *Whitehouse.* Sie weichen in den klinischen Symptomen doch zu sehr von den bisher angeführten ab.

Das Krankheitsbild ist somit schon genügend beobachtet und einheitlich beschrieben worden, um als eigenartige Affektion abgegrenzt zu werden. Eine Aufklärung über das Zustandekommen dieser eigentümlichen Knotenbildung ist jedoch nach den bisherigen Arbeiten nicht erreicht worden.

Die histologischen Untersuchungen ergaben stets eine subakute Entzündung, aus der keine weiteren Schlüsse in ätiologischer oder pathogenetischer Hinsicht gezogen werden können. Auch die bakteriologischen Untersuchungen haben keinen weiteren Einblick gebracht, speziell konnte nicht etwa ein besonderer Erreger nachgewiesen werden.

Zumeist ließen sich aus den Effloreszenzen nur Staphylokokken züchten. So durch *Ruete, H. Hoffmann, Hagiwara* und *Fox. Friboes* fand Streptokokken, *Stangenberg* gramnegative Diplokokken, *Köhler* Staphylococcus albus und Streptokokken, *Wise* und *Parkhurst* nicht näher definierte Kokkenarten. Die von *E. Hoffmann, Ruete, Stangenberg, Wise* und *Parkhurst* speziell auf Sproßpilze vorgenommenen Forschungen ergaben nur negative Resultate.

In den letzten Jahren hatten wir an der hiesigen Poliklinik Gelegenheit, 5 Fälle dieser Perifollikulitis zu beobachten und zu behandeln. Da uns der eigenartige Charakter des klinischen Bildes in einer bestimmten pathogenetischen Richtung zu deuten schien, versuchten wir durch etwas ausgedehntere histologische Untersuchungen weiter zu kommen. Bei zweien der beobachteten Fälle sind wir dabei auf Befunde gestoßen, welche uns zum Verständnis der Pathogenese dieser Erkrankung einen wesentlichen Beitrag zu liefern scheinen. Wir möchten deshalb über die Befunde hier etwas ausführlicher berichten[1]).

[1]) Die Befunde sind von Herrn Prof. *Lutz* an der Versammlung südwestdeutscher Dermatologen in Freiburg im April 1926 ganz kurz mitgeteilt worden.

Digitized by Google

Klinische Beobachtungen:

Fall 1: 22jähriger junger Mann. Erste Knotenbildung Anfangs 1921. Von März bis November 1921 in chirurgischer Behandlung, mehrfach inzidiert und zweimal mit Tiefendosen röntgenbestrahlt. Im November wies er im Nacken und in den untersten Partien des Hinterhauptes 4—5 größere, fluktuierende, je aus 2—3 Fisteläffnungen schleimigen Eiter entleerende Knoten auf, von denen zwei auch tief unter der Haut durch miteinander zusammenhingen. Daneben zwei frische, kleine etwa 1,5 cm Durchmesser haltende, subkutan gelegene, derbe, ziemlich empfindliche, hellrote Knoten, aus deren einem sich etwas krümelig eitrige an den Inhalt von Dermoidzysten erinnernde, mikroskopisch auch reichlich Epidermiszellen enthaltende Masse auspressen ließ. Es wurde zunächst versucht, durch Einlegung von Gazesalbendochten den Grund der Abszeßhöhle zu frischerem Granulieren und zum eventuellen Verschluß der Höhle anzuregen. Zum Teil erfolgte auch eine gewisse Zuheilung, doch traten immer wieder einzelne neue Fisteläffnungen auf, so daß wir schließlich alle Höhlen weit spalteten, den Grund auslöffelten und so innerhalb 3 Wochen glatte Vernarbung und Heilung erzielten. Die beiden jüngeren Knoten und ebenso zwei während der Behandlung weiterhin neu aufgetretene Knoten konnten durch Ausätzen mit Phenol. liquefactum und Einlegen von Gazedochten mit Silbernitratperusalbe an stärkerer Unterminierung verhindert werden und heilten in kürzerer Zeit aus. Die Behandlung war im April 1922 abgeschlossen. Neue Knoten sind bis jetzt am Nacken nicht mehr aufgetreten. Dagegen kam der Patient im Februar 1924 nochmals zur Behandlung wegen je einer 2 : 3 cm messenden blaurot verfärbten, weich fluktuierenden Vorwölbung auf jeder Brustseite, die ebenfalls bereits durchgebrochen waren und aus je einer Fisteläffnung eitrig seröses Sekret entleerten. Die kolliquierenden Abszesse glichen durchaus den Knoten, wie wir sie zuvor im Nacken behandelt hatten. Wir spalteten deshalb gleich von Anfang an breit, löffelten aus und erzielten in 3 Wochen Heilung.

Fall 2: 22jähriger junger Mann mit der gleichen nur viel stärker ausgeprägten Affektion, die von der unteren Nackengrenze bis über den Bereich der ganzen Okzipitalschuppe sich hinaufzieht. Wir finden hier im ganzen kleinere, intensiver rote, ziemlich derbe Knoten, die weniger stark zur Konfluenz durch Unterminierung untereinander neigen, die aber jeder für sich leicht seitliche kleine Taschen bilden, von denen nach einiger Ruhezeit wieder neue Knotenbildung ausgehen. Die Affektion besteht seit Anfang 1924. Patient war vom November 1924 bis November 1925 fast 1 Jahr lang in Behandlung, da trotz jeweils gutem Öffnen der einzelnen Knoten immer wieder neue kleine Knötchen sich zeigten. Nach mehrfachem Röntgen (5 x, ½ mm Al.) kam es schließlich zum Stillstand der Affektion und zur Ausheilung.

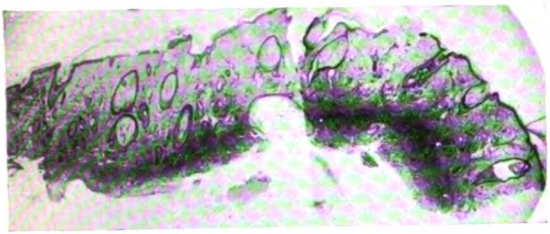
Fall 3: 23jähriger Mann. Im Nacken vier ziemlich akut entzündliche, derbe, gerötete, subkutan gelegene Knoten, die seit mehreren Wochen bestehen und zeitweise etwas Eiter entleeren. Eine Sonde dringt von der Fisteläffnung ziemlich weit unter die Haut nach allen Seiten vor, eine breitere Spaltung und Austamponierung bringt innerhalb 5 Wochen vollkommene Heilung.

Fall 4: 36jähriger Mann kam im Dezember 1925 nur einmal in die Poliklinik. Im Bereich des Scheitels vier etwas längliche Vorwölbungen mit haarloser Haut von normaler Farbe, die etwas verdünnt erscheint. Aus einer der Vorwölbungen entleert sich wenig seröser Eiter.

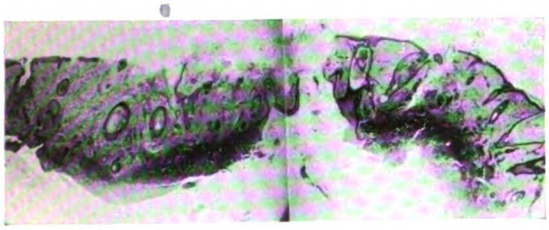
Digitized by Google

Serie I

Schnitt 1

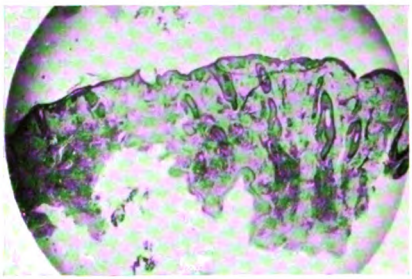


Schnitt 30



Schnitt 54

Serie III



Schnitt 1

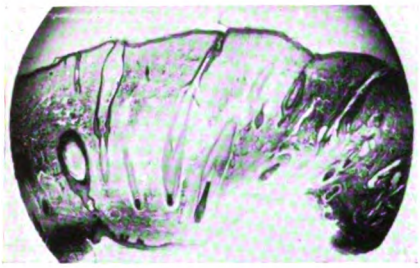
Schnitt 48

Schnitt 60

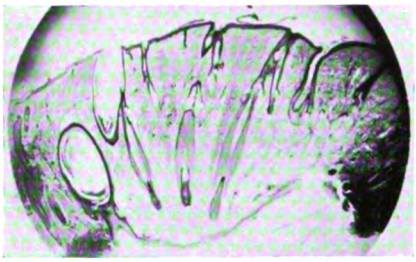
Digitized by Google

Digitized by Google

Serie II

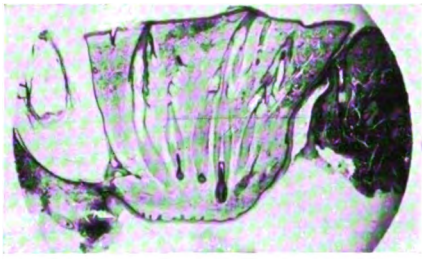


Schnitt 1

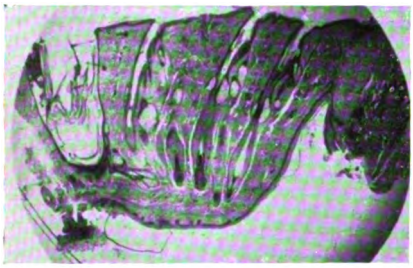


Schnitt 7

Schnitt 15

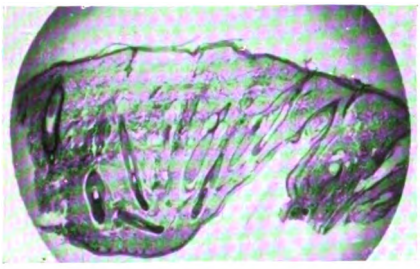


Schnitt 19



Schnitt 24

Schnitt 29



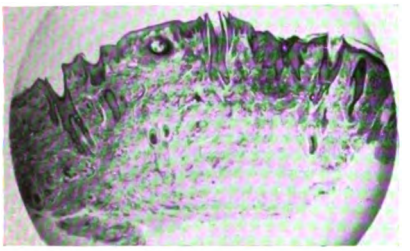
Schnitt 34

Schnitt 40

Digitized by Google

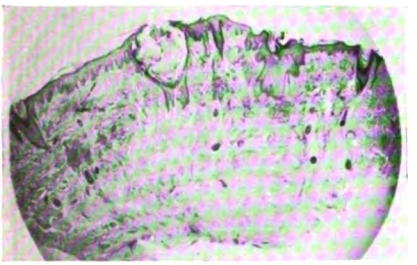
Digitized by Google

Serie IVa

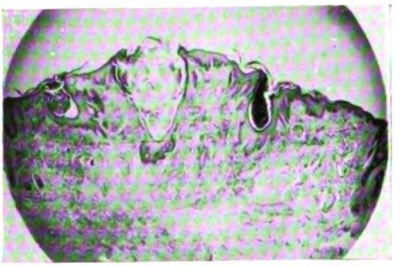


Schnitt 1

Schnitt 12



Schnitt 18



Schnitt 34

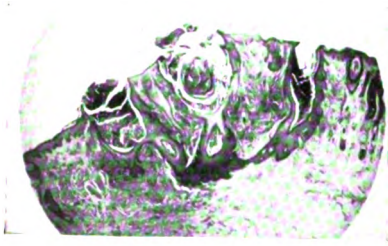
Schnitt 50

Schnitt 56

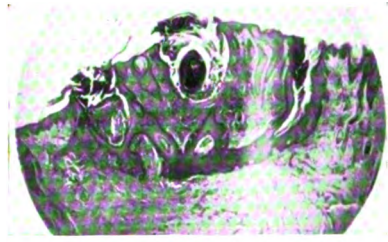
Digitized by Google

Digitized by Google

Serie IVb

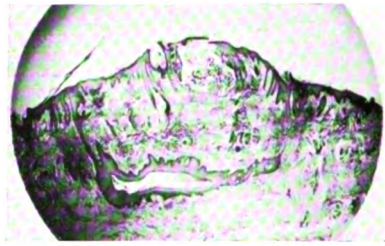


Schnitt 64



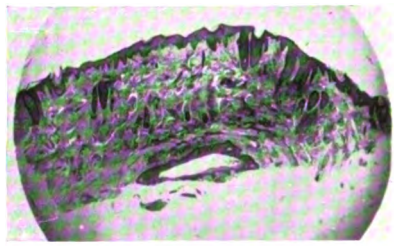
Schnitt 75

Schnitt 96



Schnitt 109

Schnitt 116



Schnitt 165

Digitized by Google

Digitized by Google

Fall 5: 48jähriger Mann. Die Affektion besteht seit einem halben Jahr. Es finden sich auf dem Scheitel ein etwa 4 cm langer bogenförmig gekrümmter, und ein etwa 6 cm langer, geschlängelt verlaufender Wulst, mit verdünnter, etwas bläulichrot verfärbter, haarloser Epidermis, jeder mit etwa 4—6 Fistelöffnungen. Die Umgebung der Wülste ist etwas infiltriert, so daß man beim Betasten scharfe, derbe Ränder spüren kann. Daneben 2 oder 3 kleinere fistelnde Knoten und 2—3 derbe, nicht gerötete, noch im Hautniveau gelegene kleinere Indurationen. Auch hier wurden die beiden Hauptgänge und die Knoten breit gespalten, austamponiert. Heilung im Verlauf von 2 Monaten.

Im ganzen ist es also mit einigen Variationen immer wieder dasselbe Bild das wiederkehrt.

Im Anschluß daran möchten wir immerhin noch darauf hinweisen, daß vielleicht auch *einzelne* Knoten im Nacken zu dieser Affektion gerechnet werden können. Man begegnet hier und da Patienten mit einer einzelnen Induration am Nacken, ziemlich tief gelegen, die von Zeit zu Zeit etwas anschwillt, vielleicht auch etwas Eiter entleert, dann wieder zurückgeht und über Wochen eventuell ruhig ohne Störung als etwas derberer Knoten persistieren kann, bis eine zufällige Reizung wieder zu etwas stärkerer Anschwellung Anlaß gibt. Der Verlauf ist also ein ähnlicher wie bei unserem Krankheitsbild nur auf eine einzelne Stelle beschränkt, nicht in multiplen Herden auftretend.

Histologie:

Die Exzisionen, die wir untersuchen konnten, stammen von Fall 2 und 5. Von letzterem untersuchten wir die zentralen Partien der Vorwölbungen und ein Stück der Randpartie eines kleineren Knötchens. Von ersterem untersuchten wir drei Exzisionen aus älteren Abszessen, dazu aber hatten wir bei dem immer wiederholten Auftreten neuer Effloreszenzen Gelegenheit, einen ganz beginnenden, noch kaum entzündlichen Knoten zu exzidieren.

In den aus älteren Partien stammenden Stückchen von Fall 2 und Fall 5 kann man in der Kopfhaut übereinstimmend drei Zonen unterscheiden:

a) Das Oberflächenepithel ist eher verdünnt, stellenweise mehr, stellenweise weniger, der Papillarkörper dementsprechend mehr oder weniger verstrichen.

b) Das Stratum reticulare ist gut erhalten, doch findet sich um alle seine Blutgefäße eine ausgesprochene perivaskuläre Infiltration aus reichlich Plasmazellen und Lymphozyten. Die Bindegewebsfasern, ebenso die elastischen Fasern sind normal, die Spindelzellen in gewöhnlicher Anzahl vorhanden, eine diffuse Infiltration besteht in diesen Schichten nicht.

c) Dagegen findet man unterhalb des Stratum reticulare, zum Teil in dessen unteren Partien, zum größeren Teil im Fettgewebe der Subkutis liegend,

Digitized by Google

eine breite, sehr zellreiche Zone, zusammengesetzt aus einer dichten Infiltration von Lymphozyten, massenhaft Plasmazellen, ferner polynukleären und vereinzelt eosinophilen Leukozyten sowie erweiterten, mit roten Blutkörperchen prall gefüllten Kapillaren. An manchen Stellen zahlreiche Riesenzellen vom Typus der Fremdkörperriesenzellen. Die normale Struktur des Gewebes ist durch die infiltrative Entzündung vollkommen verdrängt. An älteren Partien tritt je nachdem zahlreiche Fibroblasten enthaltendes junges Bindegewebe an seine Stelle. Hier und da sieht man dieses Granulationsgewebe nach unten hin gegen die Abszeßhöhle zu, besonders in den etwas älteren schon bindegewebsreicheren Partien abgegrenzt durch ein mehrschichtiges Pflasterepithel mit leichter Retezapfenbildung.

In den Schnitten von beiden Patienten fallen besonders die erweiterten Haarfollikel auf, welche durch konzentrisch geschichtete da und dort Haarquerschnitte aufweisende Hornmassen ausgefüllt und stark ausgedehnt sind. Die Talgdrüsen erscheinen daneben an manchen Partien nur wie kleine Anhängsel, in anderen Partien sind sie wohl ausgebildet, nirgends hypertrophisch.

Beim serienweisen Durchmustern der Schnitte, dieser aus den zentralen Partien stammenden Exzisionen, sehen wir zunächst in derjenigen von Pat. 5 (Serie I) einen dieser erweiterten Follikel stark gegen das Granulationsgewebe zu gelegen. Es verschwindet dann die untere Abgrenzung durch Epithel, so daß nun ein etwas stärker verhornter, bogenförmiger nach unten offener Epithelbezug sich zeigt. Im weiteren überzeugt man sich dann, daß allmählich diese, erweiterten Follikeln entsprechenden, gegen das Korium durch Epithel abgegrenzten Hornmassen in mehrere, zur Oberfläche der Haut emporziehende Follikel übergehen, so daß eine Kommunikation der Abszeßhöhle mit der Oberfläche erfolgen muß.

In einer zweiten, demselben Patienten entnommenen, nur von peripheren Abschnitten stammenden Exzision läßt sich ein ähnliches Bild feststellen.

Wir finden hier (Serie II) weniger entzündliches Granulationsgewebe, sondern ein beidseitig von geschichtetem Pflasterepithel überzogenes Hautstück. Nach der normalen Oberfläche zu münden zahlreiche langgezogene, erweiterte Haarfollikel, nach der der Abszeßhöhle zu liegenden Seite fehlen solche. An einzelnen Stellen besteht das oben beschriebene Granulationsgewebe, dazwischen liegen Partien, in denen das Epithel einem nur wenig mit perivaskulären Infiltraten versehenen Hautbindegewebe aufliegt. Bei serienweiser Verfolgung dieses Stückchens läßt sich sehr schön der Zusammenhang dieser Epithelbekleidung mit verschiedenen bis zur Hautoberfläche führenden Follikeln demonstrieren. Auf den abgebildeten Schnitten ist dies ohne weiteres deutlich.

Ein etwas weniger schön ausgeprägter, aber im gleichen Sinne zu deutender Zusammenhang der zentralen Höhle mit der Oberfläche durch einen nach oben zu sich öffnenden erweiterten Follikel ist ferner in einem jüngeren Herd von Fall 2 ebenfalls sichtbar (Serie III).

Wesentlich interessanter ist die folgende Serie dieses Patienten. Da wir durch die vorher gesehenen Schnitte auf die Möglichkeit einer eigenartigen Follikelerweiterung und Wucherung aufmerksam geworden waren, versuchten wir bei diesem

Digitized by Google

Patienten, der immer wieder Rezidive kleiner, neu sich bildender Knötchen aufwies, die ersten Entwicklungsstadien anzutreffen (Serie IV). Aus der Reihenfolge der einzelnen, aus der ganzen Serie herausgenommenen Schnitten ergibt sich die Bedeutung eines eigenartig alterierten Follikularapparates aufs deutlichste.

Wir sehen auf Schnitt 1 eine Gruppe eigentümlich, fingerförmig vorspringender Epithelzapfen und ein noch nicht mit dem Oberflächenepithel im Zusammenhang stehendes, zentral nekrotisch zerfallendes, von einigen Leukozyten infiltriertes Epithelnest. Daneben im Korium zum Teil ziemlich ausgeprägte perivaskuläre, im Bereich der beiden Epithelzapfen etwas stärker diffus angehäufte Infiltrate aus den früher genannten Zellen.

Schnitt 12: Das mit der Epidermis im ersten Schnitt noch nicht deutlich zusammenhängende Epithelzellnest erweist sich jetzt als aufgetriebene, mit Hornschichten erfüllte Follikelöffnung, von der aus einzelne Epithelzapfen gegen die Tiefe zu ragen. Das Infiltrat ist um diese und die erste Epithelwucherung wieder am stärksten ausgeprägt, neben der immer ungefähr gleichbleibenden mäßigen perivaskulären Infiltration des Korium im allgemeinen.

Schnitt 18: Der erste Epithelzapfen ist stark verbreitert, auch in ihm wird jetzt ein zentraler, mit parakeratotischen, zum Teil reichlich mit Leukozyten durchsetzten Hornzellen erfüllter Hohlraum sichtbar. Der zweite Follikel ist gegen die Oberfläche zu ziemlich weit offen. Zwischen Hornschicht und Epithelbezug sind in einer schmalen Zone ziemlich reichlich polynukleäre Leukozyten enthalten.

Schnitt 34: Follikel 1 und 2 sind weit offen, der erstere mit reichlich von Leukozyten durchsetzten, der andere mit fast reinen Hornmassen erfüllt. Man erkennt das Auftreten eines dritten Follikels, die Mündung weit offen, von reichlich Leukozyten ausgefüllt. Nach unten wieder mehrere lappenförmige Fortsätze.

Schnitt 50: Der dritte Follikel mit weit klaffender Mündung ist sehr deutlich ausgesprochen, die Wand gebildet von breiten Epithelschichten, die gegen die Tiefe zu streben. Zwischen den Epithelzellen reichlich polynukleäre Leukozyten, das Infiltrat im Korium unterhalb der Zellstränge etwas mäßiger. Vom mittleren (zweiten) Follikel sieht man einen Epithelzapfen gegen den dritten zu hinüberbiegen.

Schnitt 56: Die einzelnen Follikel wie oben, zwischen dem zweiten und dritten besteht jedoch eine vollkommene Verbindung durch einen breiten Epithelzellstrang.

Schnitt 64: Die Verbindung des mittleren mit dem ersten Follikel ist jetzt ebenfalls als deutliche Epithelbrücke sichtbar. Der mittlere Follikel zeigt eine Abschnürung des untersten, mit den beiden anderen Follikeln zusammenhängenden Endes von dem oberen, breit nach außen kommunizierenden Teil. Es erscheint hier der untere Teil wie ein für sich bestehender, von Epithel umgebener kleiner Hohlraum. Ein gleicher von einigen Leukozyten erfüllter Hohlraum findet sich in der Verbindungsbrücke zwischen mittlerem und drittem Follikel, ebenfalls bei Vergleich mit dem vorangehend beschriebenen Schnitt als Abschnürung erkenntlich, so daß man annehmen darf, es sei hier der Hohlraum tiefer ausgebuchtet, als in dem von Epithel bekleideten Zwischenstück dieser beiden Follikelpartien.

Digitized by Google

Schnitt 75: Die Abschnürung des obersten Teiles des mittleren Follikels hat weiterhin Fortschritte gemacht. Man sieht jetzt ein zusammenhängendes, unter dem oberen, abgetrennten Teil des mittleren Follikels durchziehendes, von der Öffnung des ersten Follikels zu der des dritten führendes Epithelband, das mit seinen Mündungen gegen das Epithel zu ein Stück weit offen steht und in den zentralen Partien immer noch die beiden, schon beschriebenen, jetzt deutlicher noch als abgeschnürt erkennbaren, Leukozyten und verhornte Epithelien enthaltenden Hohlräume zeigt. Die Infiltration im Korium bleibt immer ungefähr im gleichen Grade erhalten und ist vorwiegend perivaskulär nur längs der Epithelstränge etwas kompakter angeordnet.

Schnitt 96: Der mittlere Follikel präsentiert sich jetzt nur noch als subepithelialer, Hornzellen und Leukozyten enthaltender, von Epithel ausgekleideter Hohlraum mit einem gegen die Tiefe zu vorragenden Epithelzapfen. Der erste Follikel erscheint als geschlossener, keine Hohlräume mehr aufweisender, breiter, mit verschiedener Verzweigung in die Tiefe ziehender solider Strang. Auch im dritten Follikel beginnt das Lumen zu verschwinden. In der Brücke zwischen beiden dagegen ist der Hohlraum in der Tiefe des Koriums größer geworden, umsäumt von breiten Epithelschichten, in denen eine Anzahl polynukleärer Leukozyten gelagert sind. Im Hohlraum lamellöse Hornmassen und relativ wenig polynukleäre Leukozyten.

Schnitt 109: Vom mittleren Follikel nur noch ein kleiner, teilweise von Epithel ausgekleideter subepithelialer, lockere Hornlamellen enthaltender Raum erkennbar. Von Follikel 1 nur noch eine Anzahl lappenförmiger, vom Epithel nach unten ausstrahlender Fortsätze wie zu Beginn der Serie zu sehen. Vom dritten Follikel nur noch ein schmaler Epithelstrang in die Tiefe ziehend, zu dem, vom ersten Follikel hier schon gänzlich abgelösten, ursprünglich gemeinsamen Band, das jetzt einen längsgestellten sehr ausgesprochenen Hohlraum ohne stark entzündliche Veränderungen erkennen läßt. Das den Hohlraum umkleidende Epithel zeigt Retezapfen wie die Oberflächenepidermis. Rings herum ein nicht sehr intensives Infiltrat aus Lymphozyten und Plasmazellen.

Schnitt 116: An Stelle des mittleren Follikels in der Höhe immer noch der kleine Abszeß. Follikel 1 und 3 sind kaum mehr angedeutet, bei Follikel 1 sieht man noch eine etwas längere Lappung. In der Tiefe liegt, jetzt vollkommen losgelöst von jeglicher Verbindung nach oben, der als Zyste imponierende, von geschichtetem Pflasterepithel umgebene, im Zentrum Hornreste und polynukleäre Leukozyten enthaltende Hohlraum.

Schnitt 165: Der zystische Hohlraum etwas kleiner, immer noch in der Tiefe vorhanden, ohne deutlich stärkere Eitererscheinungen; auch die Umgebung ziemlich reaktionslos. Der Hohlraum läßt sich noch durch die nächsten dreißig Schnitte, soweit als die Serie reicht, verfolgen. Vom Oberflächenepithel erstrecken sich da und dort wieder einzelne erweiterte und langgezogene Fortsätze in die Tiefe.

Diese histologischen Befunde, die bis jetzt in keiner der angeführten Beschreibungen festgestellt worden sind, lassen unseres Erachtens eine ungezwungene und eindeutige Erklärung der Pathogenese der Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens zu.

Digitized by Google

Das primäre Moment für die Ausbildung der eigenartig unterminierten Gänge scheint uns in einer besonderen Beschaffenheit des Follikulärapparates zu suchen zu sein. Die Follikel zeigen sich einmal durch eine hochgradige Anstauung von Hornmassen stark verbreitert und erweitert. Andererseits weisen sie eine eigentümliche lappenförmige Epithelsprossenentwicklung gegen die Tiefe zu auf. Diese weit gegen die Subkutis vorgelagerten Epithelsprossen verschiedener Follikel können miteinander in der Tiefe verschmelzen. Der Epithelbelag behält auch in der Tiefe den Charakter und die Struktur der Epidermis, so daß sich eine ausgesprochene Papillenbildung und eine Entwicklung der Epithelzellen durch alle Stadien bis zur Ausbildung einer Hornschicht findet. Man sieht, daß im Zentrum des Follikels von der Hautoberfläche her kontinuierlich Hornmassen bis tief in die Sprossen hineinreichen. Bei Serienschnitten zeigt sich, daß der Zusammenhang der kutan-subkutan gelegenen Epithelsprossen und Hohlräume mit der Oberfäche nur gerade in einer schmalen Partie, dem Zentrum des Follikels, nachzuweisen ist, und daß somit die Sprossen nicht nur in die Tiefe gegen die Subkutis zu wuchern, sondern auch seitlich, parallel zur Hautoberfläche auswachsen, so daß sich auch parallel der Hautoberfläche verlaufende, mit Pflasterepithel ausgekleidete, Hornmassen enthaltende Lappen und Hohlräume bilden. Die Höhlungen können sich recht weit seitwärts erstrecken.

Während nun die verstärkte Hornbildung und Hornstauung in den Follikeln wohl ohne weiteres als eine primäre Abnormität des Follikels anzusehen ist, läßt sich die Lappen- und Sprossenbildung nicht so einfach klarlegen. Es ist möglich, daß dem Follikelepithel vielleicht primär eine gewisse Wucherungstendenz innewohnt, zur Hauptsache aber wird die Sprossung der Epithelzellen doch eher auf einen besonderen Reiz zurückzuführen sein. Es scheint uns am wahrscheinlichsten, daß es in den angestauten Hornpartien zum Teil durch Zersetzung der Hornschicht, zum Teil wohl auch durch die in den Follikeln enthaltenen gewöhnlichen Hautbakterien zur Entwicklung chemisch differenterer Abbauprodukte kommt. Deren Reiz, in Verbindung vielleicht auch mit dem mechanischen Druck, ruft eine gewisse entzündliche Reizung im umgebenden Bindegewebe hervor, wie sich dies durch die leichte perivaskuläre Infiltration um die Follikel und das Einwandern polynukleärer Leukozyten in die Sprossen hinein deutlich manifestiert. Diese

Digitized by Google

Reizwirkung vom Innern des Follikels und von seiner Umgebung her scheint den Antrieb zur Sprossenbildung zu geben. Jedenfalls glauben wir nicht, daß es zur Bildung der Epithelsprossen primär einer so starken Eiterung bedarf, wie wir sie in den älteren Stadien dieses Krankheitsbildes vorfinden. Diese ausgedehnte Abzeßbildung möchten wir erst als sekundär entstanden auffassen, indem in den erweiterten Follikeln und Epithelsprossen eine Infektion mit Staphylokokken, evtl. Streptokokken Platz greift. Erst durch diese Infektion wird die ausgedehntere Abzeßbildung hervorgerufen, die natürlich bei den beschriebenen Follikelsprossungen viel weiter reichende Ausdehnung annehmen muß als bei einer einfachen Aknepustel. Wir erhalten so die großen, ziemlich tiefsitzenden, das Oberflächenepithel wenig in Mitleidenschaft ziehenden Knoten.

Die durch die sekundäre Infektion erzeugte Entzündung führt dann zur Zerstörung mehr oder weniger großer Partien durch Eiterung. Damit kann auf große Strecken natürlich auch die epitheliale Auskleidung der tiefliegenden Räume zerstört werden. Man erhält dann das Bild, wie wir es in den älteren Exzisionen (Serie 1 und 3) sehen, nämlich eine in der Tiefe des Koriums liegende Infiltratzone, die einen darunter liegenden Hohlraum nach oben abgrenzt. Hier und da läßt diese aber doch noch eine kleine Strecke einen Pflasterepithelüberzug erkennen, der dann oft, wenn man die Schnitte in der Serie verfolgt, doch irgendwo einen Zusammenhang mit der Oberfläche gewinnt. Aus Abbildung 2 geht dabei sehr deutlich hervor, daß solche Verbindungen nach oben an den verschiedensten Stellen des Hohlraums möglich sind. Die multiplen Fistelöffnungen und ebenso das unterminierende Miteinander-in-Verbindung-Treten der verschiedenen Knoten werden dadurch sehr wohl verständlich. Möglich ist es auch, daß in der Tiefe liegengebliebene Epithelreste von sich aus wuchern und zu neuen Zysten Anlaß geben können. Durch diese Möglichkeit und durch die von vornherein bestehende Sprossenbildung wird der überaus torpide und mit ständigen Rezidiven einhergehende Verlauf der Affektion begreiflich. Es finden sich in der Tiefe immer wieder zystische Hohlräume, die teils durch Zersetzung ihrer Hornmassen gereizt, meist aber sekundär infiziert werden und dann zu neuen entzündlichen Erscheinungen Anlaß geben.

Unsere Deutung des Krankheitsbildes geht also dahin, die Perifolliculitis capitis als eine Pyodermie aufzufassen, die auf einem besonderen Terrain einen eigenartigen Verlauf nimmt.

Digitized by Google

Für die Behandlung ergibt sich aus dieser Auffassung folgender Hinweis:

Da die lange Dauer der einzelnen Abszesse, ihr unterminierendes Fortschreiten und die ständige Entstehung von Rezidiven auf das Vorhandensein subkutaner, mit Epithel ausgekleideter, seitlich weitersprossender Hohlräume zurückzuführen ist, muß danach getrachtet werden, alle diese Nischen ausgiebig freizulegen, so daß keine weiteren Retentionen in solchen Sprossen möglich sind. Es gelingt dies durch eine ziemlich breite Spaltung und gute Austamponierung der Abszeßhöhle, so daß die in der Tiefe gelegenen Epithelräume entweder abgestoßen werden oder bei der Narbenbildung den Anschluß an das Oberflächenepithel finden. Von großem Wert ist dabei das Heranziehen der Röntgenbestrahlung, die vielleicht das Weiterwuchern der Follikel stillegt. Es ist uns auf diese Weise gelungen, die einzelnen Fälle ziemlich rasch zur Abheilung zu bringen, namentlich, sobald wir die breite Spaltung anwendeten.

Soviel scheinen uns unsere Befunde zur Aufklärung der Pathogenese der Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens beizutragen.

Von diesen Ergebnissen aus möchten wir noch die Frage der Beziehungen unserer Affektion zur Acne conglobata *(Lang-Spitzer)*, zur Folliculitis sclerotisans nuchae *(Ehrmann)* (Dermatitis follicularis capillitii, *Kaposi*) und zur Pyodermia papillaris et exulcerans (*E. Hoffmann*) einer kurzen Besprechung unterziehen.

Heinrich Hoffmann ist in einem Ergebnisreferat vor kurzem auf diese Verhältnisse zu sprechen gekommen.

1. *Acne conglobata:* Als deren Typus wird von ihm die 1903 von *Spitzer* beschriebene, nach *Langs* Vorgang als Dermatitis follicularis et perifollicularis conglobata bezeichnete Erkrankung angesehen. *Spitzer* hat eine Anzahl Exzisionen von seinen Patienten sorgfältig untersucht. Er findet an den dem Rücken entnommenen Stellen ganz ähnliche Verhältnisse, wie wir sie an unseren Schnitten von der behaarten Kopfhaut haben feststellen können. Die seiner Arbeit beigegebenen Abbildungen 1, 2, 3 und 4 zeigen weitgehende Übereinstimmung mit den unsrigen. *Spitzer* schließt aus ihnen, daß eine starke Erweiterung der Follikel durch retinierte Hornmassen primär vorhanden ist, und daß es dann an diesen Stellen infolge des chronisch-entzündlichen Reizes der Hornmassen zu Veränderungen der Wand, zur Entwicklung eines zellreichen Granu-

Digitized by Google

lationsgewebes in der Umgebung des Follikels sowie zur Ausstoßung und Wucherung des Epithels kommt. Er sagt wörtlich:

„Im weiteren Verlauf kommt es zum Schwund des Epithels, so daß nunmehr im Grunde des Follikels das Granulationsgewebe frei liegt, während an den seitlichen Wandungen das Epithel erhalten ist. Trifft man den Follikel im Schnitt zentral, so hat man das früher beschriebene Bild (Öffnung des Follikels nach oben), trifft man seitlich, so zeigt sich normale Haut, normales Korium und in der Tiefe ein kleiner Hohlraum, umgeben von Granulationsgewebe, respektive in früheren Stadien, bevor es noch zu eitriger Einschmelzung gekommen ist, umgeben von Epithelien."

Es ist dies somit genau derselbe Befund, wie wir ihn, bevor wir die *Spitzer*sche Arbeit gesehen hatten, an unseren Schnitten bereits hatten feststellen können. Wir dürfen somit schon sagen, daß die *Spitzer*sche Erkrankung dieselbe Genese aufweist, wie die von uns untersuchte Perifolliculitis. In dieser Hinsicht ist die von *Spitzer* der Abhandlung beigefügte Abbildung insofern ganz besonders interessant, als neben Veränderungen am Rücken knotige Infiltrate im Kapillitium, vorwiegend im Bereich des Nackens, aber auch bis zum Scheitel hinaufreichend, abgebildet sind. Der von *Spitzer* mitgeteilte Fall dürfte geradezu als Beleg für die gleiche Genese der beiden, nur durch ihre Lokalisation verschiedenen Affektionen angesehen werden. Auch unter den von *Reitmann* mitgeteilten Fällen von Acne conglobata sind bei Fall 1 im Nacken, noch innerhalb seines behaarten Anteils gelegen, einzelne hellerstückgroße, hellrote, über das Niveau der umgebenden Haut mäßig hervorragende Infiltrate angeführt. Hierzu paßt auch, daß in unserem 1. Fall, allerdings nach Abheilung der Nackenaffektion, an der Brust zwei Knoten auftraten vom ausgesprochenen Typus der Acne conglobata.

Wir dürfen somit wohl schließen, daß für eine ganze Anzahl von Fällen von Acne conglobata eine gleiche Pathogenese vorliegt, wie sie von uns für die Perifolliculitis capitis beschrieben worden ist. In diesem Sinne hat sich auch zuletzt *Ehrmann* noch geäußert.

Von den durch *H. Hoffmann*, unter der Bezeichnung „Acne-conglobata-ähnliche Fälle" veröffentlichten Beobachtungen möchten wir, wie er selbst, nicht entscheiden, ob sie wirklich alle unter die Acne conglobata einzureihen seien, obwohl uns zum Beispiel Fall 2 ziemlich sicher hierher zu gehören scheint; es ist ja zweifellos zuzugeben, daß ähnliche Bilder wohl gelegentlich auch durch andere Infektionen, wie Tuberkulose oder

Digitized by Google

Blastomykose, erzeugt werden können. Die Acne conglobata in unserem Sinne hat jedoch mit Tuberkulose nichts zu tun. Der einzelne Fall wird eben durch genaue histologische und ätiologische Forschung aufzuklären sein.

2. *Folliculitis sclerotisans nuchae (Ehrmann):* Diese bietet im ganzen ein klinisch von unserem Krankheitsbilde recht verschiedenes Aussehen dar. Wir finden doch vorwiegend die Tendenz zur Bildung keloidartiger, derber, über die Haut hervorragender narbiger Knoten, während die gegen die Tiefe zustrebenden Infiltrationen und Abszeßbildungen weniger hervortreten. Histologisch sieht man zwar gelegentlich schon ähnliche Erweiterungen der Follikel wie bei unserer Affektion, so zum Beispiel auf der Abbildung, die *Ehrmann* seiner Abhandlung im Handbuch von *Mračeк* beifügt. Die Abgrenzung der ganzen Infiltrationszone nach unten ist aber viel schärfer; man hat den Eindruck, daß die Entzündung mehr zu einer Wucherung nach oben tendiert. Wir können somit sagen, daß der Prozeß zwar in die Gruppe der Follikulitiden gehört, in seiner Entwicklung aber doch einen besonderen Charakter aufweist. Es ist dies auch die Ansicht von *Ehrmann*.

Es kommt allerdings gelegentlich bei der Perifollikulitis auch eine Keloidbildung zustande, doch gehört sie nicht so regelmäßig zum Bilde wie bei der Follikulitis sclerotisans. Ein von *Pick* mitgeteilter Fall könnte evtl. in dem Sinne verwertet werden, daß gelegentlich diese beiden Affektionen einmal nebeneinander bestehen könnten.

3. *Pyodermia chronica papillaris et exulcerans (E. Hoffmann):* Unter dieser Bezeichnung sind erstmals von der Bonner Klinik aus durch *Zurhelle* und *Klein* einige eigenartige Fälle ausführlicher beschrieben und später durch eine Arbeit von *Kumer* ergänzt worden. Das klinische Bild ist freilich von dem unserer Affektion ziemlich verschieden. Es fehlen die tieferen Knoten im Beginn, dagegen sind Unterminierungen und multiple Fistelöffnungen beiden gemeinsam. *E. Hoffmann*, sowie *Zurhelle* und *Klein* weisen deshalb auf die Verwandtschaft mit der Perifolliculitis abscedens hin. Die histologischen Befunde von *Zurhelle* und *Klein* enthalten keine besonderen Eigentümlichkeiten, dagegen sind in den histologischen Beschreibungen fast aller Fälle von *Kumer* ähnliche Follikelerweiterungen und Wucherungen erwähnt, wie wir sie jetzt bei der Perifollikulitis beschrieben haben. *Kumer* hält diese Wucherung für einen durch die akute Entzündung hervorgerufenen konsekutiven Effekt, und

Digitized by Google

man muß ihm für seine Fälle hierin wohl recht geben. Nur wird in seinen Beobachtungen die Wucherung offenbar erst durch eine hochgradige Entzündung hervorgerufen, während in unseren Fällen hierzu schon ein ganz leichter, nur durch Druckverhältnisse und Zersetzungen im Follikel erzeugter Reiz genügt.

Eine gewisse ähnliche Wucherungstendenz des Epithels scheint somit vorhanden zu sein.

Zusammenfassung:

1. Auf Grund histologischer Serienuntersuchungen läßt sich das torpide, bisher pathogenetisch ungeklärte Krankheitsbild der *Perifolliculitis capitis suffodiens et abscedens E. Hoffmanns* in dem Sinne verstehen, daß durch eine primäre Hornstauung im Follikel ein leichter, entzündlicher Reiz auf den Follikel und das umgebende Bindegewebe ausgeübt wird, der das Epithel zur Wucherung und zur Bildung tief in die Haut hinabreichender, untereinander zum Teil unter Bildung von Hohlräumen konfluierender Sprossen anregt.
2. Durch Eindringen von Staphylo- und Streptokokken wird eine ausgedehnte Follikulitis und Perifollikulitis hervorgerufen. Infolge der Epithelauskleidung wird eine vollkommene und rasche Ausheilung der einschmelzenden Abszesse verhindert. Die mit den tiefen Hohlräumen zusammenhängenden Follikel geben die Leitbahnen zur Oberfläche für die multiplen Fisteln ab.
3. *Acne conglobata* (Dermatitis follicularis und perifollicularis *Lang-Spitzer)* und Perifollikulitis capitis abscedens sind dieselbe Affektion, nur in verschiedener Lokalisation, da auch die Acne conglobata der gleichen Überentwicklung des Follikulärapparates ihre Entstehung verdankt.
4. *Folliculitis sclerotisans nuchae Ehrmann* und *Pyodermia chronica papillaris et exulcerans E. Hoffmann* zeigen zur Perifollikulitis gewisse Beziehungen, weichen aber in ihrer Entwicklung und ihrem weiteren Verlauf doch von ihr ab.

Literaturverzeichnis.

Corson, Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens. Arch. of Dermatol. a. Syphilol. *11.* Nr. 4. S. 560. — *Ehrmann, S.*, Über Sycosis (Folliculitis)

Digitized by Google

sclerotisans nuchae und Acne conglobata nuchae *(Lang)*, beziehungsweise Folliculitis capitis abscedens et suffodiens *(E. Hoffmann)*. Wien. med. Wschr. *76*. S. 853. 1926. — *Fox, H.*, Eine ungewöhnlich eitrige und zur Vernarbung führende Entzündung der Kopfhaut. Arch. of Dermatol. a. Syphilol. *8*. S. 277. 1923. Ref. Ztrbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. *12*. S. 168. 1924. — *Freund, E.*, Dermatitis papillaris capillitii Kaposi oder Narbenbildung nach chronischer Eiterung. Derm. Wschr. *81*. S. 1159. 1925. — *Friboes, W.*, Zur Folliculitis und Perifolliculitis abscedens et suffodiens. Derm. Ztschr. *45*. S. 18. 1925. — *Hoffmann, E.*, Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens. Derm. Ztschr. *15*. S. 122. 1908. — *Hoffmann, H.*, Acne conglobata (Folliculitis capitis abscedens et suffodiens). Schles. derm. Ges.-Sitzung v. 8. Juli 1922. Ref. Ztrbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. *6*. S. 229. 1923. — *Derselbe*, Acne conglobata und verwandte Krankheiten. Ztrbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. *19*. S. 1. 1926. — *Hagiwara, S.*, Über Folliculitis decalvans profunda. Japan. Ztschr. Dermatol. u. Urologie. *21*. S. 37—38. 1921. Ref. Ztrbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. *4*. S. 138. 1922. — *Köhler, G. D.*, Mitteilung eines eigenartigen Falles von unterminierter Narbenbildung am behaarten Kopf nach chron. Eiterung. Dermat. Wschr. *80*. S. 170. 1925. — *Kumer, L.*, Über Pyodermia chronica papillaris et exulcerans. Dermat. Ztschr. *48*. S. 1. 1926. — *Nobl.* Eigenartiger zu areoliertem Haarausfall führender Follikularprozeß der Kopfhaut. Wien. derm. Ges.-Sitzung v. 26. Oktober 1904. Ref. Arch. f. Dermat. u. Syphilis. *74*. S. 80. 1905. — *Pick*, Deutsch. derm. Ges. i. d. tschechoslowak. Republ. Sitzung v. 2. März 1924. Ref. Ztrbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. *12*. S. 127. 1924. — *Reitmann, K.*, Acne aggregata seu conglobata. Arch. f. Dermat. u. Syphilis. *90*. S. 249. 1908. — *Ruete, A.*, Ein Fall von Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens Dermat. Ztschr. *20*. S. 901. 1913. — *Spitzer, L.*, Dermatitis follicularis et perifollicularis conglobata. Dermat. Ztschr. *10*. S. 109. 1903. — *Stangenberg, J.*, Ein Beitrag zur Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens. Dermat. Ztschr. *81*. S. 1209. 1925. — *Strause*, Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens. Arch. of Dermatol. a. Syphilol. *10*. Nr. 2. S. 226. 1924. Ref. Ztrbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. *15*. S. 345. 1925. — *Wise, F.*, und *Parkhurst, H. J.*, Eine seltene Form vereiternder und vernarbender Erkrankung der behaarten Kopfhaut (Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens). Arch. of Dermat. a. Syphilol. *4*. Nr. 6. S. 750. 1921. Ref. Ztrbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. *4*. S. 139. 1922. — *Zurhelle* und *Klein*, Pyodermia chronica papillaris et exulcerans. Dermat. Ztschr. *46*. S. 63. 1926.

Digitized by Google

III.

(Aus der dermatologischen Universitätsklinik Frankfurt a. M. [Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *Karl Herxheimer*].)

Fox-Fordycesche Krankheit und Neurodermitis.

Von

Dr. K. R. v. ROQUES.

Bei der Diskussion über die Fox-Fordycesche Krankheit (F.F.) taucht die Frage der Verwandtschaft dieser Erkrankung mit der Neurodermitis chron. immer wieder auf. Zuletzt bei *Löwenberg*[1]) und *Lenz*[2]). Es sind sicher auch einige Symptome vorhanden, die beide Dermatosen miteinander gemein haben: bei beiden finden wir ausgesprochenen Juckreiz, der, weil er im Vordergrund steht und die Patienten zum Arzt führt, zuerst genannt sei. Außerdem sieht man bei dem F.F. glänzende Papeln in einer Anordnung, die wir sonst meist nur bei einer Neurodermitis finden.

Es ergeben sich jedoch bei näherer Betrachtung so wichtige Unterschiede zwischen beiden Krankheitsbildern, daß es geraten erscheint, sie streng auseinanderzuhalten.

Zunächst ist der F.F. nach der Klarstellung von *Fischer*[3]) (Köln) u. a. ein Krankheitsbild, das sich streng auf die apokrinen (a)-Drüsen beschränkt. Diese waren früher schon als große Schweißdrüsen bekannt, ohne daß man ihnen eine prinzipielle Sonderstellung einräumte. Sie verdanken ihren neuen Namen und ihre Klassifizierung speziellen Untersuchungen von *Schiefferdecker*[4]), der die Hautdrüsen nach ihrer Sekretion und ihrer biologischen und rassenanatomischen Bedeutung in verschiedene Typen einteilte. Er unterscheidet *holokrine* und *merokrine* Drüsen. Die holokrinen Drüsen bilden ein Sekret, das durch die Ausstoßung der ganzen Zelle entsteht. Ihr Typus ist die Talgdrüse. Die merokrinen Drüsen sezernieren keine ganzen Zellen sondern nur ein flüssiges Sekret oder Teile von Drüsenzellen. Sie werden daher in ekkrine (Typus: gewöhnliche Schweißdrüsen) und apokrine Drüsen geschieden. Während bei den ersteren nur eine Flüssigkeit von den Drüsenzellen abgesondert wird, findet sich bei den a-Drüsen, eben den früheren großen Schweißdrüsen, ein etwas komplizierterer Vorgang. Die flachen Zylinderzellen strecken sich in lange Formen, bilden zapfenförmige Fortsätze nach dem Lumen, welche dann abgestoßen, als Detritus mit Zellkernresten im Drüsenlumen gefunden werden [s. a. *Pick*[5])]. Nach diesem Vorgang sind die Drüsenzellen wieder scharf begrenzt. Sie

Digitized by Google

nehmen eine flache Zylinderform an. Das Sekret der a-Drüsen besteht also aus Teilen von Zellen; sie nähern sich demnach in ihrem Sekretionstyp den holokrinen Drüsen. In ihrem Vorkommen finden wir jedoch wichtige Merkmale: sie werden immer spärlicher je höher im Tierreich, und nach unten immer zahlreicher. Am spärlichsten finden wir sie bei Menschen, und auch hier bei den niederen Rassen reichlicher als bei den höheren, und innerhalb der Rassen beim Mann weniger als bei der Frau. Die Lokalisation der a-Drüsen beim Menschen ist: die Achselhöhlen, um die Mamillen herum und an den großen Labien der Frau. Ihre Funktion beginnt erst in der Pubertätszeit. Es wird wohl mit Recht angenommen, daß sie als „Duftdrüsen" sekundären Geschlechtscharakter tragen.

Auf diese Drüsen ist nun der F.F. beschränkt. Die Ursache der Erkrankung ist demnach wohl (bei dem Mangel näherer Kenntnis anderer Ursachen) auf endokrinem Gebiet zu suchen. Jedenfalls handelt es sich nach der ganzen Sachlage um einen endogenen chemischen Reiz, der nur die a-Drüsen in entsprechendem Sinne verändert. Und hier beginnen schon die *Unterschiede* gegenüber der Neurodermitis. Bei dieser sind wir gewöhnt, auch andere Stellen des Körpers neurodermitisch verändert zu finden, zumal wenn symmetrische Stellen des Körpers befallen sind. Oder wir finden wenigstens eine Krankheitsbereitschaft oder eine Hautkrankheit an anderen Stellen. Solche Kombinationen mit F.F., besonders mit der N. flexurarum, sind bisher noch nicht beschrieben worden.

Auch was die Heilbarkeit anbetrifft, sind beide Krankheiten deutlich geschieden. Der F.F. reagiert — und das gilt als Charakteristikum — auf keines unserer Mittel, während die Neurodermitis mit einer Reihe von Medikationen, insbesondere der Teere und ihrer Derivate oder durch Röntgenstrahlen zu bessern oder zu heilen ist.

Löwenberg[1]) sagt nun zur Verteidigung der Behauptung, daß es sich bei dem F.F. wenigstens um eine Neurodermitis der a-Drüsen handle: Der F.F. sei „im histologischen Bild der Neurodermitis gleich, während das klinische Bild gewisse Abweichungen aufweise". Wir können außer dem Zellinfiltrat nichts finden, was den Namen einer Neurodermitis rechtfertige. Im übrigen wiesen wir oben darauf hin, daß eben doch a-Drüsen da sein müssen, die bei einer Neurodermitis sonst keine Rolle spielen. Wir veröffentlichen unten einen Fall von F.F., dessen mikroskopischen Befund wir mitteilen, der sich mit dem der übrigen Autoren deckt. Außerdem bringen wir einen Fall, der äußerlich, also makroskopisch-klinisch, starke Ähnlichkeit mit dem Fox-Fordyce hat, und der sicher der Gruppe der Neurodermitis angehört. Wir können also sagen, daß eher klinisch,

Digitized by Google

d. h. makroskopisch, einmal eine Ähnlichkeit der Neurodermitis mit dem F.F. vorkommen kann.

Wir stellen somit fest, daß es nur zwei äußerliche Ähnlichkeiten sind, die der F.F. mit der Neurodermitis gemein hat: Jucken und glänzende Papeln. Diese Ähnlichkeiten genügen aber nicht, um beide Krankheiten unter einem Namen zusammenzufassen, zumal therapeutisch nichts dabei gewonnen wird.

Fall 1. H. S., Obertelegraphensekretär, 62 Jahre alt, kräftigen Knochenbaues und guter Ernährung. War angeblich immer gesund, außer einem seit vielen Jahren bestehenden Trachom. Seit 6—7 Jahren bestehe die jetzige Hauterkrankung, die heftig jucke, besonders bei Erregung und anstrengender Arbeit.

Befund: Befallen sind beide seitlichen Partien der Brust bis zu den mittleren Axillarlinien. Die Gegend der Achselhaare ist frei, Haare beiderseits wohlerhalten. Die Veränderungen erstrecken sich vom Unterrand der Achselhaare nach vorn. Rechts ist eine handtellergroße, links eine etwa das vierfache einnehmende Fläche der Haut mit regelmäßigen, den Follikeln entsprechenden braunroten Papeln von Hirsekorngröße bedeckt. Die Begrenzung dieser Flächen ist scharf. Die Papeln stehen so regelmäßig und sind annähernd gleich groß, so daß eine der Cutis anserina ähnliche Rauhigkeit der Haut entstanden ist, die beim Darüberstreichen das Gefühl eines Reibeisens erweckt. Die Papeln sind schwach glänzend und tragen meist ein Schüppchen an der Spitze. An den peripheren Rändern sind weniger Schüppchen, dagegen sind die Papeln röter im Farbton (anscheinend durch Kratzen in diesem Sinne verändert). Die linke größere Fläche ist außerdem durchsetzt von einigen weißen scharf umschriebenen weichen Hautstellen (Narben) von Linsen- bis Fingernagelgröße. Am inneren und oberen Rand finden sich außerdem noch frische Geschwüre von gleicher Größe wie die beschriebenen Narben, die zum Teil eine feste Krust tragen.

Nebenbefund: Trachom beider Augen.

Mikroskopisch: Epidermis im allgemeinen atrophisch. Nur um die Follikelmündungen herum besteht Akanthose und Parakeratose. — In der Cutis von den Retezapfen bis zu dem subkutanen Fett- und Bindegewebe sind unter diesen akanthotischen und parakeratotischen Stellen, also um die Follikel herum, kleinzellige Infiltrate zu finden, die so dicht gehäufte Zellen aufweisen, daß diese Stellen schon bei makroskopischer Betrachtung der gefärbten Schnitte mit bloßem Auge als distinkte Flecken imponieren. In vielen dieser Infiltrate finden wir mitten drinnen ziemlich erhebliche Blutkörperchenmengen (sie entsprechen wohl den tiefer rotgefärbten Papeln der Randpartien). — A-Drüsen sind nicht feststellbar. Schweiß- und Talgdrüsen sind wohlerhalten, an ihnen sind irgendwelche entzündlichen Veränderungen nicht zu finden.

Fall 2. M. K., Schneiderin, 18 Jahre alt, gut ernährt, mittelkräftig. Früher angeblich immer gesund. Keine Menstruationsstörungen.

Seit drei Monaten besteht Jucken, zuerst 14 Tage nur links, dann auch in der rechten Achselhöhle. Nach einem Monate des Bestehens des Juckens, also zwei Monate vor der ersten Vorstellung, fielen in wenigen Tagen die Achselhaare aus, die bis dahin vollzählig gewesen sein sollen. Sie seien

Digitized by Google

plötzlich büschelweise ausziehbar gewesen. Nach der Entfernung der Haare bemerkte Patientin die jetzigen Hautveränderungen. An beiden Brüsten bestehe seit 14 Tagen leichtes Jucken. Auch seien dort „Pöckchen" aufgetreten.

Befund: In beiden Achselhöhlen fehlen die Haare. Perlschnurartig aufgereihte, dicht nebeneinanderliegende bräunliche Papeln von Hirsekorngröße. An der Oberfläche dieser Papeln matter Glanz und einige Schüppchen. An den Rändern einige Kratzexkoriationen. Die Affektion ist auf beiden Seiten scharf umschrieben.

An beiden Mamillen ähnliche Papeln. Die großen Labien sind frei. Dort findet sich normale dichte Behaarung.

Mikroskopisch: Die Probeexzision ergibt starke Akanthose, besonders in der Gegend der Follikel. Dicke Epidermiszapfen reichen bis in die Gegend der atropischen Haarwurzeln. Um diese herum bis in die deutlich zu erkennenden a-Drüsen starkes Rundzelleninfiltrat. Im übrigen deckt sich der Befund mit dem von *Fischer, Pick* u. a. beschriebenen. Die a-Drüsen sind zum Teil erweitert und mit Plattenepithel ausgekleidet. Um die Mündung der a-Drüsen-Ausführungsgänge parakeratotische Auflagerungen.

Es handelt sich demnach bei dem zweiten Fall um einen typischen F.F.

Der Fall 1 wurde zunächst als atypischer Fall von F.F. angesprochen. Diese Diagnose wurde jedoch nach dem mikroskopischen Befund verlassen, weil keine a-Drüsen zu finden waren, deren Gegenwart an diesen Stellen an sich ja eine Anomalität bedeutet hätten. Außerdem sprach die Tatsache, daß es sich um einen Mann handelte, von vornherein gegen die Annahme eines F.F. Wir nehmen also eine Neurodermitis an (mit einigen Ungewöhnlichkeiten, wie Geschwüren und Narben, die wir als Folgen heftigen Kratzens deuteten).

Zusammenfassung:

1. ein Fall von F.F. wird beschrieben;
2. ein Fall von Neurodermitis wird angeführt, der in seinem Äußeren Ähnlichkeiten mit dem F.F. aufweist;
3. es wurde festgestellt, daß die Ähnlichkeit des F.F. mit manchen Formen der Neurodermitis nicht ausreicht, diesen Namen auf den F.F. anzuwenden, da die an sich nicht leichte Einigung auf eine einheitliche Nomenklatur in der Dermatologie dadurch gestört wird und eine Verwirrung bei an sich gut umschriebenen Krankheitsbildern entsteht.

Literatur.

[1]) *Löwenberg,* Derm. Wschr. 1926. Nr. 37. — [2]) *Lenz,* Derm. Wschr. 1926. Nr. 45. — [3]) *Fischer* (Köln), Derm. Wschr. Bd. 80 u. Ztschr. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. Bd. 20. S. 1. — [4]) *Schiefferdecker,* Die Hautdrüsen des Menschen und der Säugetiere, ihre biologische und rassenanatomische Bedeutung sowie der Musc. sexualis. Stuttgart 1922. — [5]) *Pick* (Amerika), Arch. of Derm. and Syph. 1926. Bd. 13. Nr. 6.

Digitized by Google

IV.

(Aus der Universitäts-Hautklinik Marburg [Direktor: Prof. Dr. *A. Ruete*].)

Zur Kasuistik der Fox-Fordyceschen Krankheit.

Von

Dr. FRITZ JUNG,
Assistent der Klinik.

Wer die dermatologischen Fachblätter der letzten Jahre durchgeht, stößt immer wieder auf mitgeteilte Beobachtungen von Fällen Fox-Fordycescher Erkrankung. Der Grund für dieses besondere Interesse ist wohl darin zu suchen, daß das Leiden relativ selten und erst vor kurzer Zeit präzis abgegrenzt ist, und daß es bisher nicht gelang, ein sicher wirkendes Mittel dagegen zu finden. Zwar haben die grundlegenden Arbeiten *Fischers* bereits in mancherlei Hinsicht Klarheit gebracht, doch ist uns bis jetzt immer noch das auslösende Moment unbekannt, und damit fehlt die Möglichkeit, das Übel an der Wurzel anzufassen. Im folgenden gebe ich einen Fall bekannt, bei dem der Versuch unternommen wurde, die Krankheit mit einer Methode anzugehen, die bisher meines Wissens in der Literatur noch nicht beschrieben wurde: mit der Kaltkaustik. Zunächst die Krankengeschichte:

Im Sommer 1923 hatte die jetzt 22 Jahre alte Patientin Gelenkrheumatismus, sonst ist sie angeblich früher nie ernstlich krank gewesen. Im Sommer 1924 sei in beiden Achselhöhlen zuerst Juckreiz aufgetreten, der abwechselnd rechts und links stärker gewesen sein soll. Daraufhin hat die Patientin angeblich so stark gekratzt, daß die Haut wund wurde und kleine Eiterpöckchen entstanden. Im Winter 1924/25 habe sich zuerst in der Achselhöhle innerhalb weniger Tage eine etwa hühnereigroße Anschwellung gebildet, ohne daß Allgemeinbeschwerden bestanden hätten. Die ärztlicherseits vorgenommene Inzision habe viel Eiter zu Tage gefördert. Danach sei die Wunde, ohne Beschwerden zu hinterlassen, verheilt. Etwa 3 Monate danach angeblich dieselbe Erscheinung und derselbe Verlauf in der rechten Achselhöhle, die gleiche Zeit später wieder links. Über vermehrtes oder vermindertes Jucken während dieser Erscheinungen vermag Patientin nichts auszusagen. Etwa 1 Jahr nach dem Beginn des Juckens — im Spätsommer 1925 — will Patientin bemerkt haben, daß die Haut der Achselhöhlen rauh wurde, und daß kleine Knötchen auftraten. Zu dieser

Digitized by Google

Zeit habe sich die Haut beim Kratzen abgeschuppt, „es war, als ob Staub herabfiele". Unmittelbar nach dem Auftreten der Knötchen will Patientin bemerkt haben, daß die Haut der Achselhöhlen braun wurde und die Haare über der Oberfläche abbrachen. Vor etwa einem Jahre, ungefähr zu der Zeit, als die Knötchen in den Achselhöhlen auftraten, habe in der Schambehaarung Jucken begonnen, das sich allmählich auf die großen Labien fortpflanzte. Auftreten von Knötchen, Braunfärbung und Abbrechen der Haare ungefähr ein halbes Jahr später. Seit etwa 3 Wochen soll auch an beiden Brüsten, nicht an die Warzenhöfe gebunden, vorübergehend ein nicht sehr heftiges Jucken auftreten.

Erste Regel mit 18 Jahren; die ersten Male unregelmäßig auftretend (3—11 Wochen Zwischenraum), dann regelmäßig alle 4 Wochen bis jetzt. Etwa 3—4 Tage vor Beginn der Menstruation wird das Jucken angeblich stärker, mit dem Einsetzen schwächer und erreicht erst einige Tage nach Beendigung wieder die übliche Stärke. Über abnorme Schweißabsonderung in den Achselhöhlen weiß Patientin nichts auszusagen. Seit dem Auftreten der Knötchen „beißt" der bei Anstrengung in den Achselhöhlen abgesonderte Schweiß. Beim Erhitzen nimmt das Jucken angeblich zu, ebenso bei psychischen Alterationen; insbesondere soll nach Schreck ein 2—3 Minuten dauerndes heftiges Jucken auftreten. Vom 16. Lebensjahr an will Patientin leicht aufgeregt gewesen sein; seit der Erkrankung sei eine Zunahme der „Nervosität" nicht zu bemerken gewesen. Außerdem von Jugend auf angeblich Verdauungsstörungen in der Art, daß oft nur alle 3—4 Tage unter großen Beschwerden sehr harter Stuhl abgeht. Mit allen möglichen Mitteln, zuletzt mit Brotella, vergeblich behandelt. Mit dem vorübergehenden Nachlassen dieser Beschwerden soll auch eine Verminderung des Juckreizes einhergehen. Der bei Beginn des Leidens zugezogene Arzt verordnete angeblich Verbände mit einer gelblichen Salbe, sowie Alkoholwaschungen und Einpudern. Als eine Besserung nicht eintrat, erfolgte die Einweisung in die hiesige Klinik.

Bei Eltern und Geschwistern haben angeblich nie Hautleiden irgendwelcher Art bestanden.

Befund: Mittelgroßes, kräftiges Mädchen in gutem Ernährungszustand. Haut und sichtbare Schleimhäute sind gut durchblutet; an inneren Organen ist ein krankhafter Befund nicht zu erheben. Die Reflexe sind beiderseits gleich in normaler Stärke auslösbar. Wassermannsche und Meinickesche Reaktion negativ; der Urin ohne krankhafte Bestandteile; das Blutbild ergibt normale Werte.

In beiden Achselhöhlen findet sich eine Hautveränderung, die bei erhobenem Arme die Form eines gleichschenkligen Dreiecks hat mit der etwa 5 cm langen Basis an der Innenseite des Oberarms, der Spitze an der vorderen Achselhöhlenbegrenzung (Pectoralis major). Im Bereich dieser Veränderung ist die Haut bräunlich gefärbt, verdickt und mit zahlreichen, etwa stecknadelkopfgroßen Knötchen regellos übersät, aus deren Spitze teilweise ein Haar herausragt, das glanzlos erscheint und meist mehr oder weniger dicht über dem Austritt aus der Haut abgebrochen ist. Bei Spannung der Haut fällt eine deutliche Längs- und Querfelderung der erkrankten Partie auf. Der Übergang in die normale Haut erfolgt allmählich, besonders die Pigmentierung nimmt nach dem Rande zu stets ab. In der Gegend des Mons veneris ist die Behaarung gelichtet. Hier findet sich ebenfalls, aber weniger

Digitized by Google

stark als in den Axillen, Pigmentierung und Knötchenbildung, die auch auf die großen Labien übergreift. Subjektiv ist überall im Bereich der beschriebenen Hautveränderung starkes, zeitweise unerträgliches Hautjucken vorhanden, das Tag und Nacht anhält, so daß Patientin oft nachts, ohne aufzuwachen, sich blutig kratzt.

Nach der Aufnahme in die hiesige Klinik wurde aus der Randpartie des Krankheitsherdes in der linken Axilla eine *Probeexzision* vorgenommen, die den für die Fox-Fordycesche Erkrankung typischen Befund ergab:

Einzelne Retezapfen senken sich infolge eines akanthotisch gewucherten Stratum spinosum, dessen Zellen weiterhin durch eine durch deutliche helle Streifen zwischen den einzelnen Zellen angezeigte Spongiose auseinandergedrängt sind, bis tief in die Cutis hinab. In diesen findet sich entweder der Ausführungsgang einer Schweißdrüse oder ein Haarfollikel, mitunter auch beides. Darum herum liegt der bekannte, walzenförmige Mantel des kleinzelligen Infiltrates, das auch um Gefäße und Schweißdrüsenausführungsgänge, wie auch um einzelne Drüsenläppchen vorhanden ist. Das Stratum corneum weist im Gebiete der Ausmündung der Schweißdrüsen deutliche Parakeratose auf.

Die *Behandlung* erfolgte zuerst mit 10% Tumenolzinkpaste, Fowlerscher Lösung und drei im Abstand von je 10 Tagen aufeinanderfolgenden Röntgenbestrahlungen mit 4x und 1 mm Aluminiumfilter. Das Jucken ließ etwas nach, die erkrankten Partien, insbesondere das Infiltrat, veränderten sich jedoch nicht. Dann wurde die linke Achselhöhle in Lokalanästhesie mit Kaltkaustik tief verschorft. Das Jucken schwand daraufhin nicht nur in der verschorften Axilla, sondern auch an den anderen, vorher juckenden Stellen, fast ganz. Die Heilung erfolgte unter Dermatolverbänden schnell; die Knötchen waren in der verschorften Axilla verschwunden. Nach etwa 6 Wochen traten indes erneut in der linken Axilla Knötchen auf; ebenso begann das Jucken an allen früher beobachteten Stellen wieder und steigerte sich allmählich zu der Stärke, die vor der Verschorfung vorhanden war.

Die *Ätiologie* der Fox-Fordyceschen Erkrankung ist vorläufig völlig unbekannt. Daß das Leiden an die durch die Forschungen *Schiefferdeckers* festgestellten apokrinen Drüsen gebunden ist, steht wohl nach den Untersuchungen *Fischers* außer Frage. Diese merokrinen-apokrinen Drüsen, zu denen auch die großen Schweißdrüsen gehören, finden sich beim Manne hauptsächlich in den Axillen, bei der Frau außerdem an Warzenhöfen, dem mons pubis, den Labien, eventuell der Nabelgegend und zirkumanal. Daß diese apokrinen Drüsen in irgendwelchem Zusammenhang mit dem Geschlechtsleben stehen, haben bereits *Schiefferdecker* und *Brinkmann* nachgewiesen. Auch *Kyrle* weist an Schnitten durch die Axillarhaut eines zwölfeinhalb-

Digitized by Google

jährigen Mädchens, das noch nicht menstruiert hatte, nach, daß im Gegensatz zu den voll sezernierenden „ekkrinen" oder „kleinen" Schweißdrüsen die Acini der apokrinen Drüsen mit ihrem niedrigen Epithel eher an atrophische als an funktionierende Gebilde erinnern. Ein weiterer Punkt, der für den angegebenen Zusammenhang spricht, ist die Tatsache, daß diese Drüsen geschlechtlich reizende Geruchsstoffe erzeugen — ein Vorgang, der bei vielen Tieren eine große Rolle spielt. Damit ist die Erklärung gegeben für den bis jetzt immer erhobenen Befund — nur ein von *Delbanco* beschriebener Fall, bei dem angeblich ein Jahr vor der ersten Menstruation Knötchen und starkes Jucken in der haarlosen Axilla auftraten, macht eine Ausnahme —, wonach das Leiden erst nach der Pubertät auftritt. Gänzlich ungeklärt ist dagegen die Tatsache, daß in fast allen bekannt gewordenen Fällen weibliche Personen von der Erkrankung befallen waren. Lediglich *Fox* hat den Fall eines Mannes beschrieben, bei dem die Axillen erkrankt waren. Ungeklärt ist auch noch die Frage nach dem Zusammenhange der Fox-Fordyceschen Erkrankung mit dem oft außerordentlich starken Jucken. Die meisten Autoren, die Fälle unserer Erkrankung beobachtet haben, geben den Pruritus als das Primäre an. Auch im vorliegenden Falle gibt die Patientin an, daß das Jucken sowohl in den Axillen als am Mons pubis etwa ein halbes Jahr vor dem Auftreten der ersten Hautveränderungen eingetreten sei. Interessant ist die Bemerkung der Patientin, daß sich stets drei bis vier Tage vor der Menstruation das Jucken erheblich verstärkt, bei beginnenden Menses schwächer als gewöhnlich wird und erst nach Beendigung wieder zur gewöhnlichen Höhe ansteigt. In diesem Zusammenhang sei auch auf die Angabe der Patientin hingewiesen, daß sie von Jugend auf an chronischer Obstipation gelitten habe, und daß, seit sie das Leiden habe, stets mit der durch Medikamente erreichten häufigeren und leichteren Stuhlentleerung ein bemerkenswerter Rückgang des Juckens einhergegangen sei. Diese anamnestischen Angaben bestätigen die von *Fischer* aufgestellte Behauptung, daß es sich bei der Fox-Fordyceschen Erkrankung um eine „Ausscheidungsdermatose" handelt und daß in dem Augenblick, in dem die sonst durch die apokrinen Drüsen ausgeschiedenen Substanzen auf anderem Wege vermehrt ausgeschieden werden, eine Milderung des Juckens eintritt. In diesen Rahmen paßt auch die angestellte Beobachtung, daß die verschorfte Achsel-

Digitized by Google

höhle nach einiger Zeit wieder Knötchenbildung aufwies. Würde das Leiden, wie *Delbanco* annimmt, durch den toxischen Reiz gestauter Sekretmassen in den Ausführungsgängen hervorgerufen, dann hätte ein Rezidiv nicht auftreten dürfen, da die Ausführungsgänge sicher alle verschorft worden waren. Dadurch jedoch, daß die tief gelegenen Drüsen selbst nicht alle von der Verschorfung erfaßt werden, war das erneute Auftreten möglich. Welche Stoffe nun auf dem Wege über die apokrinen Drüsen ausgeschieden werden und bei ihrem Verlassen des Körpers die Reizung mit all ihren Folgeerscheinungen hervorrufen, ist noch gänzlich unbekannt. — Unsere Patientin hatte eine geringgradige Struma mit angedeutetem Basedow. Ich habe in der Literatur vergeblich nach einer Angabe gesucht, daß bei einem der beschriebenen Fälle eine Vergrößerung bzw. eine erhöhte Produktion der Thyreoidea vorhanden gewesen wäre. Lediglich die Angabe, daß die Patientinnen „nervös" waren, findet sich sehr häufig. Vielleicht ist es einer späteren Forschung vorbehalten, festzustellen, daß eine endokrine Drüse durch ihre abnorme Produktion das Leiden verursacht, so daß man in der Lage ist, die bis jetzt völlig unbefriedigende Therapie durch eine kausale mit besserem Erfolge zu ersetzen.

Literaturverzeichnis.

Beinhauer, Ztrlbl. Bd. 19. H. 5/6. — *Buck*, Derm. Ztschr. 45. 1925. — *Delbanco*, Wien. med. Wschr. Jahrg. 75. Nr. 6. 1925. — *Derselbe*, Arch. f. Schiffs- u. Tropenhygiene. Bd. 29. 1925. — *Finsen*, Derm. Ztschr. 44. 1925. — *Fischer*, Ztrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Bd. 20. H. 1/2. 1926. — *Derselbe*, Derm. Wschr. Nr. 24. 1925. — *Derselbe*, Ztrlbl. 17. 413 u. 18. 146. — *Kieß*, Derm. Wschr. H. 1. 1924. — *Kyrle*, Histo-Biologie der menschl. Haut u. ihrer Erkrankungen. Wien u. Berlin 1925. Jul. Springer. — *Löwenberg*, Derm. Wschr. 83. Nr. 37.

Digitized by Google

V.

(Aus der dermatolog. Abteilung des Städt. Charlottenburger Krankenhauses [Prof. *C. Bruhns*].)

Beitrag zur Morphologie, Lebensdauer und Diagnostik der Spirochäta pallida.

Von

E. KADISCH.

Ein Patient mit manifester sekundärer Lues und noch bestehendem nässendem Primäraffekte gab Gelegenheit, eine größere Menge spirochätenhaltiges Material zu erhalten. Da es im Interesse eines einheitlichen Ausgangsmaterials oft erwünscht ist, aus ein und derselben Quelle reichlich Material zu erhalten, wurde die folgende Methode benützt:

Auf die nässende Effloreszenzen wird ein kleines steriles Mulläppchen gelegt, welches mit Kochsalzlösung getränkt ist. Dem Patienten wird außerdem ein Vogelnäpfchen mit ca. 5—10 ccm Kochsalzlösung gegeben. Jetzt werden von dem Patienten selbst dauernd gewechselte Umschläge gemacht. Das Läppchen wird stets wieder in die alte Kochsalzlösung hineingetaucht und mit zwei Pinzetten vorsichtig ausgewrungen. Auf diesem Wege reichert sich langsam eine beträchtliche Zahl von Spirochäten in der Flüssigkeit an. Drücken und Setzen von Exkoriation empfehlen sich nur dann, wenn mit dem Auflegen der Umschläge erst längere Zeit danach begonnen wird. In dem besagten Falle erhielt ich 7 ccm einer milchig getrübten Flüssigkeit, welche im Dunkelfelde ca. 10 Spirochäten in jedem Gesichtsfelde zeigte.

Von einer Serie von Untersuchungen sei dieses Material von einem unbehandelten Falle näher erörtert. Untersuchungen mit anderem Ausgangsmaterial ergaben die gleichen Abhängigkeiten jedoch geringere absolute Werte. — Von dem gewonnenen Spirochätenmaterial wurden Präparate hergestellt, indem auf übliche Weise mit Paraffin abgeschlossen wurde. Serie A der Präparate entstand durch Mischung von je ein Teil der Spirochätensuspension und vier Teilen Kochsalzlösung von 0,85%. Serie B entstand durch Mischung von Spirochätensuspension und inaktivem nach Wassermann negativem Serum zu gleichen Teilen. Serie C entstand durch analoge Mischung mit positivem Serum. Von jeder Serie wurden nun Präparate im Eisschranke, andere bei Zimmertemperatur und das letzte Drittel bei 37° im Brutschranke aufbewahrt. Zunächst fand täglich, später seltener, eine genaue Durchmusterung der Präparate statt, sowie eine Auszählung der Spirochäten in ca. 40 Gesichtsfeldern, wobei die beweglichen und nicht-

Digitized by Google

beweglichen getrennt protokolliert wurden[1]). Bei der Anfertigung der Präparate wurde darauf Obacht gegeben, daß Lufteinschlüsse vermieden wurden. Auch war ich ferner bestrebt, durch einen recht guten Verschluß anaerobe Bedingungen zu schaffen. Zu diesem Zwecke wurden die Objektträger und Deckgläschen sorgfältig von Fettspuren gereinigt und der Verschluß wurde sorgfältig angelegt. Die bereits erwähnte Beobachtungsreihe ergab folgendes Bild:

Datum	Eisschrank			Zimmertemperatur			Brutschrank		
9. 5.	A.	B.	C.	A.	B.	C.	A.	B.	C.
n. 2h	22	26	22	30	16	61	30	16	20
11.5.26	41	29	20	40	38	42	21	6	11
17. 5.	49	22	21	19	4	10	0	7	1
20. 5.	36	28	24	16	54	10	0	0	4
22. 5.	20	9	4!	16	6	12	0	0	0
28. 5.	20	9	2	16	6!	4!	0	0	0
31. 5.	10	0	4	10	0	0	0	0	0
4. 6.	12	0	0	10	0	0	0	0	0
14. 6.	12	0	0	6!	0	0	0	0	0
23. 6.	17	0	0	20?	0	0	0	0	0
28. 6.	18	0	0	2!	0	0	eingetrocknet		
5. 7.	10	0	0	10	0	0		"	
10. 7.	21	0	0	0	0	0		"	
16. 7.	24	0	0	0	0	0		"	
19. 7.	23	0	0	0	0	0			
	Beobachtung eingestellt								
20. 7.	3								
24. 7.	1								
25. 7.	0	in mehreren hundert Feldern							

Ein !-Zeichen hinter der Zahl bedeutet, daß keine bewegliche Spirochäte mehr darunter ist. Fehlt das Zeichen, so sind einwandsfrei bewegliche Spirochäten darunter.

Die längste aktive Beweglichkeit betrug mithin 77 Tage.

Die in obiger Tabelle zusammengefaßten Beobachtungen sind geeignet, ein Licht auf einige noch schwebende Fragen zu werfen. So läßt sich der Standpunkt von *Oelze* (31) nur bedingt als richtig ansehen, daß eingesandtes Serum für die Diagnosenstellung ungeeignet ist, wobei wir die Fehlerquellen bei Deckglaspräparaten absolut nicht unterschätzen[2]).

Selbstverständlich wird man Material nur im Notfalle versenden [*Pinkus* und *Moses*[33])], wenn auch Transporte kürzerer Dauer unter geeigneten Bedingungen bei einem geübten Beobachter nur in wenigen Fällen ein positives Resultat in ein negatives verwandeln werden [vgl. *Heller* und *Rabinowitsch*[11]) sowie *Danziger*[6]). *Loewenberg*[26]) an unserer Klinik beobachtete, daß die Spirochäta pallida, im Reizserum in Kapillaren aufbewahrt, mindestens 3—4 Tage erkennbar ist. *Rubin Jenö* und *Zsigmond Szentki-*

[1]) Herr Prof. *Bruhns* hat vielfach die Einzelbeobachtungen kontrolliert und bestätigt.

[2]) Ätiologie usw. vgl. *Kaufmann*[17]).

Digitized by Google

ralyi[36]) fanden für die Aufbewahrung zwischen Deckglas und Objektträger nur 20—30 Stunden Lebensdauer, im hängenden Tropfen geben sie die Lebensdauer bis zu 5 Tagen an. Dieser Beobachtung steht *E. Hoffmann*[13]) mit seiner Erfahrung gegenüber, daß die Spirochäten im zugekitteten Präparate länger lebend und beweglicher zu beobachten sind als im hängenden Tropfen. Welche der beiden Beobachtungen man machen wird, wird in erster Linie von dem mehr oder minder guten Abschlusse der Präparate abhängen. Unter gleichen Bedingungen kann ich nur die Beobachtung von *Hoffmann* bestätigen [vgl. auch *Schaudinn* und *Hoffmann*[37])]. Die Ursache für diese Tatsache sehe ich darin, daß dem hängenden Tropfen reichlicher Luft — wenn auch in abgemessener Menge — zur Verfügung steht als dem Deckglaspräparate (vgl. die Technik dieser Arbeit). Eintrocknung scheint vernichtend auf die Spirochäten zu wirken, wie bereits *Neißer*[29]) angibt. *H. Zinßer* und *Gardner Hopkins*[40]) beobachteten jedoch Lebensdauer von einer Stunde im ausgetrockneten Zustande.

Wenn diese Beobachtung zutrifft, so würde sich die theoretische Möglichkeit der extragenitalen Infektion bedeutend steigern. *Scheuer* (38) glaubt nur an eine Infektionsmöglichkeit durch Trinkgläser, Badeschwämme u. dgl. *bis* zur Eintrocknung der auf ihnen deponierten infektiösen Sekrete [vgl. *Gaston* und *Commandon* (10) sowie *Pinkus* (32)]. Zwischen der wirklichen Trocknung aller Spirochätenindividuen und dem Eintrocknen eines verkitteten Deckglaspräparates ist aber ein Unterschied. Es gelang mir des öfteren, in makroskopisch anscheinend eingetrockneten Präparaten zwischen den einzelnen Luftblasen massenhaft lebhaft bewegliche Pallidae zu entdecken. Diese Anreicherung in einer feuchten Stelle zwischen zwei Lufträumen bei einem Teil der Präparate, andererseits das Verschwinden der Spirochäten in der größeren Zahl der eingetrockneten Präparate dürfte sich dadurch erklären, daß der Paraffinring gewöhnlich nur an einer eng begrenzten Stelle undicht wird. An dieser Stelle findet dann auch die Verdunstung statt, und nach dieser Stelle hin findet die Strömung Gelegenheit, die Spirochäten anzureichern. Gelingt es dem Beobachter nun nicht, diese Stelle in das Gesichtsfeld zu bekommen, so findet er keine Spirochäten — an der richtigen Stelle würde er sie eventuell massenhaft finden. Wenn man auch an solchen Kondensationsstellen eingetrockneter Präparate nur einen Teil der Spirochäten einwandfrei beweglich findet und manchmal in diesen Präparaten Agglutinationsphänomene beobachten kann, so besagt doch die Tatsache, daß man nicht nur vereinzelt, sondern öfters lebhaft bewegliche Einzelindividuen zu Gesicht bekommt, daß zum mindesten *einzelne Spirochäten*individuen *gegen* eine weitgehende *Konzentration der* sie umgebenden *Salzlösung* recht *unempfind-*

Digitized by Google

lich sein können. Um uns weiter ein Bild von der Resistenz der Pallida gegenüber äußeren Einflüssen zu machen, möchten wir noch folgende Stellen aus der Literatur heranziehen.

A. Beer[4]) beobachtete die Pallida während 20 Tagen, ja selbst 33 Tage lang unter anaeroben Bedingungen beweglich. *Arning* und *Klein*[3]) fanden bis zu 4 Wochen Beweglichkeit; sie bewahrten ihre Präparate im Dunkeln auf. Ich ließ die bei Zimmertemperatur aufbewahrten offen vor dem Fenster liegen, während die Eisschrank- und Brutschrankpräparate nur zur Beobachtung an das Tageslicht kamen. *Eitner*[7]) gibt die Beweglichkeit im Deckglaspräparate auf 5—6 Stunden an. *Landsteiner* und *Mucha*[24]) fanden die Pallida nach 48 Stunden unter dem Deckglase nicht mehr beweglich. *Lauberbach* [25]) berichtet in einer neueren Arbeit über eine Lebensdauer bis zu 132 Stunden im Deckglaspräparate.

Er findet Unterschiede zwischen der Verdünnung des Reizserums mit physiologischer Kochsalzlösung und mit Normosal. Ich finde Unterschiede zwischen Kochsalzverdünnung und Serumverdünnung zu Gunsten der ersteren. Dies Ergebnis stimmt insofern mit meinen Versuchen[16]) mit Leberextrakten überein, als ich auch bei diesen mit der Zeit das Auftreten einer Giftwirkung konstatieren konnte. Die reichliche Gegenwart von Eiweißstoffen scheint also nicht von Vorteil zu sein — und auch bei Deckglaspräparaten können Zersetzungsprodukte der Eiweißsubstanzen eine toxische Wirkung auf die Spirochäte ausüben und die Lebensdauer wesentlich verkürzen. Mit den Eiweißzusätzen im Deckglaspräparate nähert man sich den Kulturbedingungen. Von verschiedensten Seiten ist auf auffällige Resistenz von Pallidakulturen gegenüber äußeren Einflüssen hingewiesen worden. *Krantz*[20]) berichtet, daß 6 Wochen Aufenthalt auf dem Brutschranke sowie 101 Tage Aufbewahrung im Eisschranke bei 0—5° C nicht verhinderte, daß Subkulturen angingen. Selbst eine Stunde Einfrieren bei — 20° zeigte nach langsamem Auftauen im Brutschranke während 48 Stunden noch lebhaft bewegliche Spirochäten, von welchen es gelang, Subkulturen anzulegen. Die Mehrzahl der von mir aufgefundenen Äußerungen in der Literatur sprechen für einen schädlichen Einfluß niederer Temperaturen, doch sind die Ansichten nicht so scharf formuliert wie über den Einfluß höherer Temperaturen. *Kißmeyer*[18]) fand die Spirochäten nach einigen Tagen Aufenthalt bei 2° tot. *Blumenthal*[5]) berichtet, daß kurzes Einfrieren im Frigo die Virulenz nicht aufhebe. (Als Tatsache von *Oelze* bestätigt.) *Wolff* berichtet gleichfalls, daß 24—60 Stunden Eisschrank oder Kältemischung abtötend wirken. *Neißer* gelang nach 3 Stunden 10° C. und nach 20 Stunden Eisschrank nicht mehr die Überimpfung. Auch *Metschnikoff*[28]) findet sie gegenüber niedrigen Temperaturen empfindlich. 51° zerstört die Pallida sofort. Nach *Landsteiner* und *Mucha* verhindert 45° bereits die Infektion. Nach *Hertmanni*[12]) genügt ½ Stunde über 45° um die Infektiosität aufzuheben. *Ich kann nicht nur auf Grund des oben protokollierten Falles, sondern auf Grund von vielen kürzeren Beobachtungsreihen bestätigen, daß der Einfluß niedriger Temperaturen auf die Beweglichkeit und Form der Pallida ein wesentlich geringerer ist als der Einfluß erhöhter Temperaturen.* Sicher spielt bei der von mir gebrauchten Versuchsanordnung auch die größere resp. schnellere Verdunstung im Brutschranke gegenüber dem Eisschranke eine Rolle. Sie ist aber nicht das allein Ausschlaggebende gewesen,

Digitized by Google

denn auch in makroskopisch und mikrokopisch nicht nachweisbar eingetrockneten Präparaten war die kürzere Lebensdauer im Brutschranke einwandfrei zu konstatieren. Es erhebt sich hierbei die Frage, ob die Temperatur von 37° überhaupt das Optimum für die Pallida darstellt. Bei dem im ganzen doch dermotropen Charakter der Pallida wäre es ja möglich, daß die Ursache der Dermotropie in der niedrigen Hauttemperatur zu suchen ist. Vielleicht erklären sich auf diese Weise auch manche Schwierigkkeiten der Pallidakultur. — Für eine beträchtliche Resistenz sprechen auch die Beobachtungen von Spirochäten in Organen von Leichen. Von *Gaston* und *Commandon* wurde die Pallida in der Leber noch nach 10 Tagen lebend gefunden. Bereits *Neißer* fand in kongenital luetischen Leichen 50 Stunden nach dem Tode noch lebende Spirochäten. *Truffi* fand sie 52 Stunden nach dem Tode lebend in einem P.A. *Kratzeisen*[21]) berichtet gleichfalls über längere Lebensdauer unter diesen Bedingungen. *Flexner*[9]) findet die Pallida nach 12—24 Stunden in feuchtgehaltenen Organstückchen lebend. *Lebailly*[22]) findet selbst bei trockener Aufbewahrung von Leber- und Milzstückchen in sterilen Röhrchen nach 15 Tagen bewegliche Spirochäten. *Armuzzi* und *Strempel*[2]) finden bei Aufbewahrung von Schankerstückchen in physiologischer Kochsalzlösung bei Zimmertemperatur nach 64 Stunden noch lebende, nach 13 Tagen noch formerhaltene Spirochäten. Wie viele Autoren vor ihnen haben auch sie den Eindruck, daß eine postmortale Vermehrung der Spirochäten stattfinden kann. Bei trockener Aufbewahrung der Kaninchenorganteile gelang nach 16 und 24 Stunden noch die Erzeugung typischer Schanker mit dem aufbewahrten Material. Nach 65 Stunden gelang dies nicht mehr. Von den Versuchsergebnissen *Zurhelles* und *Strempels*[41]) möchte ich besonders hervorheben, daß ihnen der Spirochätennachweis an nicht angegangenen Impfstellen gelang und daß in der zweiten Überimpfung dann typische Schanker entstanden. Mithin ist eine Virulenzdepression der Pallida anzunehmen, welche zu einer stummen Infektion führt. Die Angaben der früheren Literatur, welche über bewegliche, aber nicht infektiöse Spirochäten berichten, sind daher nur vorsichtig zu werten. Wenn also *Lacy* und *Haython*[23]) bei in NaCl-Lösung aufbewahrten Testikeln nach 58 Tagen noch Beweglichkeit sehen, nach 26 Stunden aber schon nicht erfolgreich überimpfen können, so fehlt hier die genaue Analyse des Versuchstieres. *M. Koch*[19]) gelang noch nach 3 Tagen die Überimpfung von der Leiche. Wenn *Pürckhauer*[35]) über eine Leicheninfektion berichten kann, bei welcher der kongenital luetische Fötus 24 Stunden auf Eis gelegen hat, so beweist dies den wenig schädigenden Einfluß der Temperatursenkung auf die Pallidavirulenz. Die von *E. Hoffmann*[14]) zusammengestellten 16 Infektionen an Leichenmaterial sprechen gleichfalls für die Unempfindlichkeit der Pallida — wenigstens im Vergleich zu der bisher noch herrschenden Auffassung. Dabei sind meiner Ansicht nach die Lebensbedingungen in Leichenteilen absolut nicht günstig für die Pallida. *Je mehr Eiweißabbauprodukte gegenwärtig sind, um so geringer wird ihre Lebensdauer sein.* Damit stimmen auch die Beobachtungen überein, welche bei Aufbewahrung bei niederer Temperatur eine längere Lebensdauer konstatieren. Durch meine Versuche[16]) ist der Temperatureinfluß bei Gegenwart von Organteilen oder Extrakten, welche mehr oder minder lange sich selbst überlassen sind, entsprechend der Erfahrung an Leichenteilen eigentlich a priori gelöst gewesen.

Digitized by Google

Zusammenfassend läßt sich nach kritischer Würdigung aus unseren Versuchen folgern: Höhere Temperaturen schädigen die Spirochäta pallida mehr als niedrige. Einzelne Exemplare wurden bei Aufbewahrung im Eisschranke noch nach 2½ Monaten lebend gefunden; bei Zimmertemperatur war die Lebensdauer wesentlich geringer (nur 4 Wochen). Im Brutschranke waren nach acht Tagen keine lebenden Spirochäten mehr nachweisbar. Der Zusatz von Serum drückte die Lebensdauer herab. Ein nennenswerter Unterschied zwischen Wassermann-positiven und -negativen inaktiven Seren ließ sich nichts feststellen. Gegenüber Eintrocknung, welche nur zu einer Konzentration der umgebenden Salzlösung führt, sind die Spirochäten ziemlich unempfindlich. Die Abhängigkeit der Spirochätenlebensdauer von der Temperatur bestätigte sich mithin in dem Sinne von *Frühwald* (8); dieser fand, daß die Infektiosität von bei 36 Grad aufbewahrten Spirochäten schneller erlischt als die von im Eisschrank und bei Zimmertemperatur aufbewahrten.

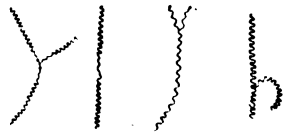


Abb. 1. Abb. 2. Abb. 3. Abb. 4.

Bei den zahlreichen Dunkelfeldbeobachtungen bot sich reichlich Gelegenheit, verschiedene Spirochätenformen zu sehen.

Antoni[1]) bestätigte bereits bei Dunkelfeldbeobachtungen einen großen Teil der von *Meirowsky*[27]) beschriebenen Formen. Auch ich beobachtete knospenähnliche Gebilde, wie sie *Meirowsky* fand. Zu verschiedenen Malen waren Gebilde sichtbar, welche durch die schematische Zeichnung der Abbildung 1 wiedergegeben werden. Die einzelnen Zweige zeigten typische Spirochäten, sowohl was die Steilheit der Windungen wie die Größenverhältnisse anbetrifft. Den mittleren Knötchen zu gelegen war eine Abflachung der Windungen deutlich sichtbar. In den ersten Tagen der Beobachtung tauchten vereinzelt lange Spirochäten auf, welche die reichlich doppelte Durchschnittslänge hatten und in der Mitte abgeflachte Windungen zeigten (Abb. 2), also Gebilde, wie sie auch von *Poleck*[34]) und *Iliescu*[15]) u. a. beschrieben sind. Diese Spirochätenform erschien häufig in der Mitte V-förmig geknickt. Eine zahlenmäßige Häufung der V-Formen trat in der Beobachtungszeit von 17 bis 72 Stunden nach der Entnahme auf, einzelne kamen noch nach 3 Wochen zu Gesicht. Merkwürdig ist, daß erst nach 10 Tagen zwei Bilder beobachtet wurden, welche auf eine eventuelle Längsteilung der Spirochäte hinweisen (*Noguchi*[30]). Das eine Bild zeigt eine etwas gestreckte Spirochäte, welche auf ihrem einen Ende auf ca. ⅕ ihrer Länge gegabelt war. Jedes der Zweigenden endete in einem besonders hell glänzen-

Digitized by Google

den winzigen Köpfchen (Abbildung 3). Das zweite Bild zeigte zwei Spirochäten, welche nur auf ca. 1/3 ihrer Länge noch identisch schienen, die anderen zwei Dritteile waren getrennt, und von diesen das eine Ende halbkreisförmig umgebogen (Abbildung 4). Ferner ließ sich zweifelsfrei feststellen, daß nach einigen Tagen sich bereits Spirochäten beobachten lassen, deren Konturen verwaschen erscheinen, dabei machen sie einen dickeren Eindruck und haben eine körnige Oberfläche — resp. vorsichtiger ausgedrückt: sie zeigen Einzelheiten ihrer Beschaffenheit. Trotz dieser Veränderungen sind sie mitunter deutlich eigenbeweglich. — Zweimal kamen Spirochätenknäuel zu Gesicht, an welchen einmal ca. 5, das zweite Mal 6 Spirochäten beteiligt waren. Die Einzelindividuen zeigten keinerlei Beweglichkeit.

Es erscheint mir selbstverständlich, daß bei einem so schwer kultivierbaren Keime wie der Spir. pallida die äußeren Faktoren, unter denen man die Versuche über die Lebensdauer anstellt, von großem Einfluß sind. Bei der frischen Kultur hält sich das Wachstum mehrere Zentimeter unter der Oberfläche des Nährbodens. Analog dieser strengen Anaerobiose wird die gute Dichtung der Objektträgerpräparate von großer Bedeutung sein. Spuren von eindringender Luft können eine geringere Lebensdauer der Spirochäte zur Folge haben. Daher habe ich des öfteren die Einbettung der Präparate neu kontrolliert und die Paraffinringe erneuert. Es wird Aufgabe weiterer Untersuchungen sein, festzustellen, ob auch unter Aufbewahrungsbedingungen, welche den extragenitalen Möglichkeiten der indirekten Übertragung des Virus entsprechen, die Möglichkeit einer so langen Lebensdauer der Pallida gegeben ist. Überblickt man, daß man es bei der Pallida mit jenem Keime zu tun hat, dessen *Kultur schwer* ist, d. h. welcher zur Vermehrung stark spezifischer Nährböden bedarf, welcher aber andererseits unter ungünstigen Verhältnissen imstande ist, sein *Leben* über *lange Zeit* zu *fristen*, so erscheint er bereits vom Laboratoriumsstandpunkte aus als der Keim kat exochen für die „stumme Infektion".

Literaturverzeichnis.

[1]) *Antoni*, Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 129. — *Derselbe*, Ärztl. Verein Hamburg. Sitzung v. 25. 2. 1925. — [2]) *Armuzzi* und *Strempel*, Arch. f. Derm. u. Syph. 1926. Bd. 150. Nr. 3. S. 216. — [3]) *Arning* und *Klein*, D. med. Wschr. 1907. S. 1483. — [4]) *A. Beer*, Mtsschr. f. Derm. Bd. 43. S. 72 (zit. n. 18). — *Derselbe*, D. med. Wschr. 1906. Nr. 33 (zit. n. 20). — [5]) *Blumenthal*, Derm. Ztschr. 1910. — [6]) *Danziger*, Berl. klin. Wschr. 1906. S. 1365. — [7]) *Eitner*, M. med. Wschr. 1907. — [8]) *R. Frühwald*, 88. Vers. d. Naturf. u. Ärzte. Sitzung v. 25. 9. 1924. — *Derselbe*, Derm. Wschr. Bd. 75. Nr. 36. S. 878. Ref. Ztrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Bd. 7. S. 342. — [9]) *Flexner*, Med. News. 1905 und Journ. of exp. med. Bd. 9. 1907. — [10]) *Gaston* et *Commandon*. Bull. de la soc. franc. de derm. et syph. Bd. 19. 1908. — [11]) *Heller* und

Digitized by Google

Rabinowitsch, Med. Klin. 1906. Nr. 28. — [12]) *Hertmanni*, Derm. Ztschr. Bd. 16. 1909. — [13]) *E. Hoffmann*, Berl. klin. Wschr. 1905 (vier Arbeiten). 1906; D. med. Wschr. 1905/1906/1912; Derm. Ztschr. 1906/1909; M. med. Wschr. 1909. Nr. 35. 1910. Nr. 11. 1911 (drei Arbeiten); Monogr. Springer. 1906. Atlas: Springer. 1908. — [14]) *Derselbe*, M. med. Wschr. 1926. Nr. 5. S. 185. — [15]) *C. Iliescu* und *T. Popescu*, Rev. sanit. milit. Jahrg. 21. Nr. 1/2. S. 10—15. 1922; Ref. Ztrlbl. f. Hyg. Bd. 3. S. 161. — [16]) *E. Kadisch*, Derm. Wschr. Bd. 82. S. 370. — [17]) *R. Kaufmann*, Med. Klin. 1915. Nr. 14. S. 398. — [18]) *A. Kißmeyer*, M. med. Wschr. 1923. Jahrg. 70. Nr. 24. S. 775. — [19]) *M. Koch*, Berl. klin. Wschr. 1910. Nr. 30. S. 1404. — [20]) *Krantz*, Kölner derm. Ges. 23. 2. 1923; M. med. Wschr. Jahrg. 70. 1923. S. 628. — [21]) *E. Kratzeisen*, Ztrlbl. f. Bakt. u. Parasitenk. Abt. I. Bd. 90. H. 2. S. 91—94; Ref. Ztrlbl. f. Hyg. Bd. 4. S. 394. — [22]) *Lebully* (zit. n. *Zurhelle*). — [23]) *Lacy* und *Haythorn*, Amer. journ. of syph. 5. 1921. Ref. Ztrlbl. f. Hautkrkh. Bd. 3. S. 179. — [24]) *Landsteiner* und *Mucha*, Wien. klin. Wschr. 1906. Nr. 43. — [25]) *F. Lauerbach*, Derm. Wschr. Bd. 76. 1923. Nr. 23. S. 498. — [26]) *P. Loewenberg*, Berl. klin. Wschr. 1919. Nr. 30. — [27]) *Meirowsky*, Med. Klin. 1916. Nr. 45. S. 1181/82. — [28]) *Metschnikoff*, Bull. Inst. Pasteur. 1905. Arch. gener. de med. 1905. — [29]) *Neißer*, Beitr. z. Pathol. u. Ther. d. Syph. Berlin 1911. S. 122. — [30]) *Noguchi*, Journ. of exp. med. Bd. 15. 1912. — [31]) *Oelze, M.* med. Wschr. 1920. Nr. 32; Monogr. Leop. Voss. 1922. Unters. üb. d. Syphiliserreger. — [32]) *Pinkus*, Med. Klin. 1909. — [33]) *Derselbe* und *Moses*, Ztschr. f. ärztl. Fortb. 1921. Nr. 11/12. — [34]) *E. Polcck*, Derm. Ztschr. Bd. 33. H. 3/4. S. 203. — [35]) *Pürckhauer*, Ztrlbl. f. Hautkrankh. Bd. 20. S. 273. — [36]) *E. Rubin, Siegmund v. Szentkiralyi*, Derm. Wschr. Bd. 74. Nr. 4. S. 84—89. Nr. 5. S. 107. — [37]) *Schaudinn* und *Hoffmann*, Arb. aus d. kais. Ges.-Amt. Bd. 22. S. 527. — [38]) *Scheuer*, D. med. Wschr. 1910. — [39]) *P. Wolff*, zit. nach Lit. Nr. 14. — [40]) *H. Zinßer* und *Gardner* und *Hopkins*, Journ. of the Americ. med. assoc. 1914. Bd. 62. Nr. 23. Ref. Med. Klin. 1914. S. 1246. — [41]) *E. Zurhelle* und *R. Strempel*, Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 153. S. 219.

Tagung der südwestdeutschen Dermatologen in Marburg am 19. und 20. März 1927.

Vorsitz: *Ruete* (Marburg).

Die Tagung wurde am 19. März abends mit einem Vortrag von Herrn *Scharnke* a. G. über das Thema: *„Experimentelles, Klinisches und Therapeutisches zur Metaluesfrage"* eröffnet. (Der Vortrag erscheint andern Orts ausführlich.)

Am 20. März wurden von der Universitäts-Hautklinik folgende Fälle vorgestellt:

A. Ruete: Fünf Fälle von Lupus erythematodes, mit Gold behandelt, Urticaria pigmentosa chronica, Pityriasis lichenoides chronica, multiple Cancroide im Gesicht, seborrhöisches Ekzem (Behandlungsvorschlag).

M. Schubert: Drei Fälle von Sklerodermie, Lupus vulgaris, ausgedehnt, abgeheilt, Lupus vulgaris nasi + Röntgenverbrennung, Gumma in röntgengeschädigter Hautpartie, zwei Fälle von Röntgenverbrennung (nach diagnosti-

Digitized by Google

schen Maßnahmen), Purpura telangiectodes Majocchi, Lichen ruber striatus, chronisches Ekzem (Behandlungsvorschlag).

W. Post: Elephantiasis der Arme und Beine + Lupus vulgaris, Lues III + Ca. nasi.

Fr. Jung: Dermatitis herpetiformis Duhring, Acne decalvans (abgeheilt).

Ruete (Marburg) demonstriert einen Fall von Pemphigus vegetans, bei dem deutliche Zusammenhänge zwischen Ovarialfunktion und Hautausschlag nachzuweisen waren. Nach Röntgenkastration bedeutende Besserung, die nach Injektion von Autovakzinen in Heilung überging. Rezidivfreiheit jetzt über 2 Jahre.

K. Herxheimer (Frankfurt) macht aufmerksam, daß hier aus einem Pemphigus vulgaris ein Pemphigus vegetans hervorgegangen sei, was *A. Neißer* bezweifelte. Außerdem wäre bemerkenswert, daß der Fall als vegetans seit 2½ Jahren frei von Erscheinungen ist.

Linser (Tübingen) berichtet über einen typischen Fall von Pemphigus vegetans bei einem Soldaten, der an Skrotum und Axillen mehrere Monate behandelt und geheilt wurde und es seit 11 Jahren blieb.

V. Zumbusch (München) stimmt der Diagnose zu und hält es nicht für zweifelhaft, daß Pemphigus vulg., foliaceus und vegetans ineinander übergehen können.

Rothmann (Gießen) meint, daß mit der primären Ovarialstörung die Störung des Salzstoffwechsels im Zusammenhang stehen könne.

Kohlenberger (Mainz) erwähnt fünf Fälle von Pemphigus vulgaris, foliaceus, vegetans, letzterer sei aus P. foliaceus hervorgegangen. Der Kochsalzretention folgte regelmäßig Verschlechterung und umgekehrt; also sei eine gewisse prognostische Verwertbarkeit der Kochsalzstoffwechseluntersuchung anzunehmen.

Ph. Keller (Freiburg) beobachtete auch bei zwei Fällen von Lupus erythematodes monatelanges Ausbleiben der Menses, das die Ausheilung einleitete. Diese Amenorrhöe bei dem erwähnten Fall von Pemphigus veg. brauche keinen kausalen Zusammenhang zu beweisen, sondern komme wahrscheinlich bei den verschiedenartigsten angreifenden Hauterkrankungen vor.

L. Fuß (Ludwigshafen) stellt vor: 1. *Multiple Epitheliome,* sog. *Spieglersche Tumoren des behaarten Kopfes* bei 40jährigem Mann, und zwar etwa 30 hirsekorn- bis walnußgroße Geschwülste, die jetzt aber zum großen Teil exstirpiert sind; vereinzelte kleine Tumorbildungen auch am Stamm. Erstes Auftreten vor 8 Jahren, dann allmähliche Vermehrung und Größenzunahme der Knoten. Vater soll auch einige Knoten auf dem Kopf gehabt haben, Geschwister frei. Keine besondere Ursache. Histologisch typische Zylindrome.

2. *Kohlepigmentierung als Unfallfolge* bei 46jährigem Mann, der vor 3 Jahren aus einem fahrenden Zug absprang und auf den mit *Kohlenstaub* bestreuten Bahndamm fiel. Nach Abheilung ausgedehnter Abschürfungen im Gesicht (Stirn, Jochbogen, Nasenrücken) unregelmäßig begrenzte blauschwarze Flecken. Therapeutische Versuche mit Kohlensäureschnee und Kaltkaustik haben bisher zu keinem zufriedenstellenden Resultat geführt.

3. *Lues ulcerosa* bei 63jähriger Frau mit ausgedehnten geschwürig zerfallenden Knotenbildungen, besonders der Nase, aber auch der Oberlippe und

Digitized by Google

Wangen, von anderer Seite zunächst für ein Ca. gehalten und mit Röntgenstrahlen behandelt, durch spezifische Kur mit guter Narbenbildung geheilt.

4. *Primäraffekt am Kinn.*

K. Herxheimer (Frankfurt) weist darauf hin, daß die *Spieglers*chen und *Fendt*schen Tumoren klinisch und histologisch ganz verschieden sind.

Ruete (Marburg) erwähnt einen Fall von Lues III des Gesichtes, der anderwärts als „Trichophytie" mit Röntgenstrahlen behandelt worden war, trotzdem entgegen der aus der Münchner Klinik einmal veröffentlichten Ansicht, als ob bestrahlte syphilitische Prozesse auf antiluetische Behandlung schlechter reagierten, doch schnell heilte.

H. Meyer (Bremen) bestetigt das.

Löwenberg (Düsseldorf) erklärt Fälle von Lues III, die nicht erkannt und bestrahlt oder operiert werden, für nicht selten und erwähnt eine Frau mit angeblichem Mamma-Ca, das operiert und nahher bestrahlt wurde; bald darauf in der Narbe entstehende Knoten wurden als Ca angesprochen und wieder bestrahlt, dann als Röntgenulzera behandelt, bis serologische Untersuchung die Natur des Leidens aufklärte und spezielle Behandlung schnelle Heilung brachte.

Hesse (Düsseldorf) erwähnt einen sehr schwer verlaufenen Fall von Lues I mit Drüsenschwellung, der nach Abschluß einer starken kombinierten Kur mit 1/2 H.E.D. gefilterter harter Strahlen behandelt wurde, was vielleicht als Ursache des Verlaufes anzusehen ist.

Keller (Freiburg) sagt, daß die erwähnte Arbeit von *Wirz* stamme, der P. A. und Sekundärefflorescenzen bestrahlt und dabei Schädigungen gesehen hat, was die Freiburger Klinik nicht bestätigen kann.

Ullmann (Frankfurt) erwähnt einen Fall von Lues II der Frankfurter Hautklinik mit starken Drüsenschwellungen, der von chirurgischer Seite wegen „Hodgkin" viermal bestrahlt worden war und trotz intensiver Silbersalvarsanbehandlung nur sehr langsamen Rückgang der Erscheinungen zeigte.

K. Herxheimer (Frankfurt) hat Häufung extragenitaler Primäraffekte in letzter Zeit in der Frankfurter Klinik gesehen.

Hugo Müller)Mainz) kann in der Umgebung von Mainz noch keinen besonderen Rückgang der Familieninfektionen mit Lues bemerken.

Lion (Mannheim) sah in letzter Zeit fünf extragenitale P. A. (einen an Mammille, vier im Gesicht).

Ritter (Hamburg) konnte bezüglich der größeren Malignität extragenitaler Primäraffekte bei seinem großen Material hinsichtlich der Liquorinfektion einen Unterschied nicht feststellen.

K. Herxheimer (Frankfurt) hat drei Fälle von Primäraffekt des Zahnfleisches beobachtet, die alle Paralytiker wurden.

Müller (Marburg) demonstriert aus der chirurgischen Klinik ein 13jähriges Mädchen mit schwerer, gegen die bisherige Behandlung fast refraktärer *Lues congenita*, das neben Drüsenschwellungen, Hautnarben, schweren Zungenveränderungen, Augenstörungen, Zahnstörungen, am Hüftgelenk eine *Epiphyseolysis* der oberen Femurepiphyse aufweist. In der relativ flachen Pfanne artikuliert der Stumpf des Schenkelhalses; die knöcherne Epiphyse, auch jetzt nach Jahren als halbmondförmiger Schatten hinter dem Darmbein erkennbar, ist trotz Abtrennung offenbar weiter gewachsen. Im Alter von 7 Jahren bestand am linken Fuß eine typische *Köhlersche* Er-

Digitized by Google

krankung des Os naviculare, also Verschmälerung des Knochenschattens, Schwellung, Druckempfindlichkeit usw. (Demonstration des Röntgenbefundes.) Auffallend gute Regeneration und Besserung der klinischen Erscheinungen. Zur Zeit Panaritium articulare luicum am rechten Mittelfinger, das jetzt antisyphilitisch behandelt wird.

K. Herxheimer (Frankfurt) erinnert an einen ähnlichen Fall von Köhlerscher Krankheit, den *F. Cahe* beschrieb.

Hugo Müller (Mainz) zeigt 52jährigen Mann mit *Sporotrichose.* Beruflich (Apfelweinhersteller) häufige Berührung mit reinen Weinhefen. 2 Tage nach Weinprobe mit einem mehrere Knötchen zeigenden Mittrinker, bekam er in der Oberlippe links ein schmerzhaft spannendes strangförmiges Gebilde, mit einem Knoten von Erbsengröße, der in der Mitte punktförmig aufbrach und etwas Eiter entleerte. 12 Tage nach Beginn an der linken Oberlippenseite bis ins Lippenrot reichend daumennagelgroße Ulzeration; Ränder derb, wallartig, kreisrund; Geschwürfläche krustig bedeckt. Die ganze linke Lippenhälfte von innen sehr derb anfühlbar, ohne strangförmige Gebilde. Keine besondere Schmerzhaftigkeit. *Keine Lymphdrüsenschwellung.* Sp. pall. stets —, Wa.R. —. Diagnostisch kommt Blastomykose oder Sporotrichose in Betracht. In wenigen Tagen völliger Zerfall des Geschwüres unter tiefer Kraterbildung; zähes, übelriechendes Sekret; schlaffe mattrötliche, langwuchernde Granulationen. Kultur auf Sabouraud-Nährböden ergab schnelles Wachstum, Rattenimpfung. In 4 Wochen Heilung durch große Dosen J.K. und Röntgen. Blutbild: Neutrophile 68%, Eosinophile 7%, Mastzellen 1%, Lymphozyten 18%, Übergangsformen 6%. Biopsie war nicht möglich.

Ruete (Marburg) meint, daß die Kulturen makroskopisch sehr an Sporotrichose erinnern und will das Ergebnis der Rattenimpfung abwarten.

Kohlenberger (Mainz) demonstriert ein *Granulom der Oberlippe,* zentral zerfallend, aus dem nach 5 Tagen auf Sabouraud-Nährboden schwarz oder braun bestäubte Kulturen wuchern. Weiterimpfung auf Knoll-Pepton-Maltoseagar ergab grüne gefaltete Kulturen, die besonders unter Lichtwirkung vom Zentrum aus sich schwärzen. Daneben weiße, rundliche feuchte Kulturen und braune gefaltete Kolonien, Lufthyphenbildung teilweise vorhanden; mikroskopisch ovoide, verschieden große Sprossen und Fadenmyzelien. Septen nicht deutlich, Sporulation noch nicht beobachtet, Diagnose: *Sporotrichose* am wahrscheinlichsten. Rattenversuch noch negativ (10. Tag).

K. Herxheimer erinnert an einen Fall von Blastomykose, den er vor 2 Jahren in der südwestdeutschen dermatologischen Vereinigung vorstellte, und der auf Jod-Kali und Röntgen geheilt wurde und geheilt blieb.

Touton gibt nachträglich zu Protokoll, daß sich seine Auffassung der Herxheimerschen „Blastomyzeten" als *Russellsche* Körperchen in dem am 9. Oktober 1921 in Frankfurt von *Bürkmann* aus *Herxheimers* Klinik vorgestellten Fall von „Blastomykose" als richtig herausgestellt hat, was auch *Kolle, Bloch* und *Gans* bestätigten (vgl. auch Bericht im Ztrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Bd. 3. S. 132).

Kohlenberger (Mainz): Erfahrungen mit durch Lezithinzusatz öllöslich gewordenem Jodchininwismut (*Spirobismol solubile*).

Es ist gelungen, den unter dem Namen Spirobismol bekannten deutschen Jodchininwismutkörper in völlig klare und beständige, bei jeder in Frage kommenden Temperatur dünnflüssige Öllösung überzuführen. Resorptionsver-

Digitized by Google

suche an zahlreichen Meerschweinchen (röntgenologische und chemische Nachprüfung) zeigen, daß das Präparat vom Moment der Injektion an rasch resorbiert wird, so daß nach einem Tag etwa $^1/_6$ der verabfolgten Dosis aufgenommen ist. Später verlangsamt sich die Resorption insoweit, daß nach 20 Tagen $^3/_4$ resorbiert, $^1/_4$ noch an der Injektionsstelle, $^1/_7$ außerdem im nichtgespritzten Meerschweinchenschenkel nachweisbar ist. Schnelle Resorbierbarkeit und genügende Remanenz sind also vorhanden. Die tabellarische Zusammenstellung der Ausscheidungsverhältnisse beim Menschen ergibt eine prompt einsetzende, aber protrahierte Ausscheidung. Bei einzelnen Patienten tritt während oder kurz nach der Injektion metallischer Geschmack auf.

Die klinische Prüfung ergab gute Resultate, keine Nierenschädigung, keine Abortgefahr. Bei seronegativem P.A. keine positive Schwankung; gute Resultate bei Lues II und III. Kreislauforganschäden scheinen besonders gut beeinflußt zu werden. Bei Paralyse war Wismut im Liquor mit Sicherheit nachweisbar. Das Präparat macht bei intramuskulärer Injektion keine Schmerzen oder Infiltrate. Nebenwirkungen: Vereinzelte Bi-Säume und eine leichte Stomatitis. Keine Epithelurie, kein Albumen. Das Präparat verdient weitere Beachtung. Wöchentlich zwei Injektionen à 2,0, ev. weniger. Bei Herzlues und Aortitis mit 0,1 beginnen.

Hugo Müller (Mainz) empfiehlt trotz des Überflusses an Bi-Präparaten das S.S. an erster Stelle, weil es schneller resorbiert wird, als unlösliche Präparate und die Remanenz doch so lange dauert, wie sonst bei Suspensionen. Vorher angestellte Tellurversuche erwiesen sich trotz guter therapeutischer Wirkung als unmöglich wegen des monatelangen Karbidgeruches, der Verfärbung und Veränderung der Geschmeidigkeit der Haare.

Th. Bär (Frankfurt) hat lange Zeit mit unlöslichem Spirobismol behandelt und kann die gute Verträglichkeit des Präparates bestätigen.

K. Herxheimer bezweifelt den Vorteil der gelösten Wismutpräparate gegenüber den ungelösten.

Scharnke (Marburg) demonstriert aus der psychiatrischen Klinik mehrere Fälle von *Tabes* und *Paralyse*, einen Fall mit halbseitiger Zungenatrophie, einen Fall mit Optikusatrophie. Alle Fälle, die aussichtslos schienen, wurden günstig beeinflußt, d. h. sie blieben stationär oder besserten sich zum Teil durch Injektionen von lebenden Spirochäten.

Ruete (Marburg) bespricht an Hand einiger Patienten die bisher von ihm gewonnenen Erfahrungen mit der *Grenstrahlung* oder den *überweichen Röntgenstrahlen nach Bucky*. Um möglichst bald ein Urteil fällen zu können, ob die Methode überhaupt einen Wert hat oder nicht, schlägt er vor, daß diejenigen, die sich für dieses Gebiet interessieren, gegenseitig ihre Erfahrungen austauschen, oder daß sich mehrere Kliniken zusammen tun, um nach einem bestimmten Arbeitsplan vorzugehen. Zur praktischen Seite übergehend, stellt er fest, daß die Erythemdosis anscheinend schwierig festzulegen ist und individuell durchaus variabel ist. Das Erythem selbst geht bald in lange bestehenbleibende Hyperpigmentation über, deshalb Vorsicht bei kosmetischen Bestrahlungen. Leukozytensturz wurde nicht immer beobachtet, bei Auszählungen nach den Bestrahlungen Übergangsformen. Beeinflußt wurden oberflächliche Follikulitiden, Neurodermie (bei der das Jucken aber nicht verschwand), Psoriasis, vielleicht Lupus erythematodes. Bei intertriginösen Ekzemen und Pruritus ani kein sicherer Erfolg. Nach den bisherigen Erfahrungen muß den Röntgenstrahlen der Vorzug gegeben werden. Vielleicht ist aber auch verkehrt dosiert worden. Die Versuche werden fortgesetzt.

Digitized by Google

Philipp Keller (Freiburg) meint, daß die Veröffentlichungen von *Bucky* sehr vorsichtig aufzufassen sind. Grundsätzlich habe er nichts anderes, auch heute nicht, von Buckystrahlen gesehen als von Röntgenstrahlen. Dafür sind aber die Bestrahlungszeiten mit Buckystrahlen ungeheuer viel länger als die Bestrahlungszeiten mit mittelweichen Röntgenstrahlen, also viel unökonomischer. Die therapeutischen Erfolge sind bisher keinesfalls besser.

H. Meyer (Bremen) mahnt auch zur Vorsicht bei der Anwendung der Röntgenstrahlen nach der Buckyschen Methode, da früher bei einer ähnlichen „Weichstrahlenmethode", welche von *Frank Schultz* inauguriert wurde, schwerste Spätschädigungen der Haut beobachtet worden sind.

Schubert (Marburg) berichtet an Hand von Diapositiven über Untersuchungen mit der *Gewebeexplantationsmethode zur Erforschung der biologischen Wirkung der Röntgenstrahlen.* Er kann die von *Krontowski* in der „Strahlentherapie" (Bd. 21) erhobenen Resultate bestätigen und ferner feststellen, daß Herzgewebe 2 Stunden nach der Bestrahlung in ovo explantiert die ersten Anzeichen der Wachstumshemmung, 3 Stunden und später danach explantiert keinerlei Wachstum mehr erkennen läßt. Desgleichen zeigten gesunde Herzstückchen, die in Extrakt von vor 3 Stunden erfrorenen Embryonen explantiert wurden, keinerlei Wachstumshemmung. In Extrakt von vor 3 Stunden in ovo bestrahlten ganz geringes Zurückbleiben im Wachstum. Bei Explantationen in Extrakt von vor 24 Stunden erfrorenen Embryonen starke Wachstumshemmung, in vor 24 Stunden tötlich bestrahlten keinerlei Wachstum. Spektroskopisch unterschieden sich bestrahlte und erfrorene Extrakte insofern von den Kontrollextrakten, als erstere das typische Absorptionsspektrum des Oxyhämoglobins bieten, während Oxyhämoglobin in der Kontrolle nicht nachweisbar war. Untersuchung der Extrakte mit der elektrometrischen Methode auf H-Ionenkonzentrationsverschiebung ergab bei den Kontrollen eine p_H-Zahl von 7,90 bis 8,20. Desgleichen blieb die p_H-Zahl unverändert, wenn die Extrakte in vitro bestrahlt wurden und 24 Stunden später gemessen wurde. Die Ionenkonzentration in erfrorenen Extrakten schwankte zwischen 6,35 bis 6,80, die in bestrahlten Extrakten zwischen 6,40 bis 6,60; gemessen wurde hier 24 Stunden nach der Bestrahlung in ovo. An Hand der Mikrophotographien weist Vortragender auf die Veränderung der Zellen an Kern und Protoplasma hin, wie sie in ähnlicher Weise, sowohl nach Bestrahlung, als auch nach Erfrierung beobachtet werden konnten.

Jung (Marburg) demonstriert eine Patientin mit *Fox-Fordycescher Erkrankung* und histologische Präparate. Die Angabe, daß während der Menstruation und der vorübergehenden Behebung einer langjährigen, hartnäckigen Opstipation wesentliche Besserung des sonst sehr starken Juckens eintritt, scheint *Fischers* Auffassung, daß es sich um eine Ausscheidungsdermatose handelt, zu bestätigen, da bei den oben erwähnten Vorgängen irgendwelche reizende Stoffe, die sonst auf dem Wege über das apokrine Drüsensystem ausgeschieden werden, auf anderem Wege den Körper verlassen könnten. Therapeutisch wurde die linke Achselhöhle unter Lokalanästhesie mit Kaltkaustik verschorft, doch trat nach zwei Monaten erneut Jucken und Knötchenbildung auf, wahrscheinlich weil nicht alle Drüsen vernichtet, sondern nur in ihrer Funktion vorübergehend geschädigt worden waren.

Im Anschluß daran Besichtigung der Hautklinik und der neu erbauten Kinderklinik, wo Herr *Freudenberg* einen Fall von Arachnodaktylie demonstrierte. *Ruete.*

Digitized by Google

Frühjahrstagung der Vereinigung rheinisch-westfälischer Dermatologen in Köln am 6. März 1927.

Löwenberg (Düsseldorf): Fall zur Diagnose. 60jährige Frau, im Mai 1926 bei normalem Blutbild mit multiplen, auch im Abdomen nachweisbaren Drüsenschwellungen erkrankt — Rückgang auf hohe Arsendosen —, bekam im Oktober 1926 an den Armen kleine rote, bald wieder schwindende Flecke mit hämorrhagischem Zentrum. Januar 1927 Stomatitis; Wiederausbruch des Ausschlages, diesmal am Stamm, verbunden mit auch noch jetzt fortbestehendem hochgradigen Jucken; niemals Blasenbildung an der Schleimhaut. Im weiteren Verlauf entwickelten sich am ganzen Körper bis handtellergroße Flecke mit deutlich erhabenem hellroten Rande und bohnengroßem hämorrhagischen Zentrum; allmählich konfluierten die Herde am Stamm und blaßten ab; nur der rote erhabene Rand blieb bestehen und ist jetzt an Hals und Nacken als ein fortlaufender Saum zu sehen. Vereinzeltes Auftreten bis walnußgroßer Blasen.

Aussprache:

Zinßer hält den Fall für eine Dermatitis herpetiformis Duhring.

E. Hoffmann bittet auf Lymphogranulomatose zu untersuchen, die pemphigoide Ausschläge machen kann.

H. Müller (Mainz): Multiples Hautsarkom (histologisch Rundzellentypus) bei einem 64jährigen Manne. Beginn mit vereinzelten, bis gänseeigroßen Tumoren von braunroter bis schwarzer Farbe, reichlich mit Gefäßen und Blutungen durchsetzt. Inzwischen Aussaat über den ganzen Körper von linsen- bis talergroßen, flachen, gelb- bis dunkelhämorrhagisch gefärbten Geschwülsten. Leichteste Berührung der Haut hat Blutungen zur Folge. Starke Lymphdrüsenschwellung.

Tecklenborg (Münster): Pili monileformes bei einer 30jährigen Mutter und ihren 3- und 1½jährigen Kindern; die Großmutter der Mutter und deren zwei Brüder hatten die gleiche Krankheit.

Vollmer (Kreuznach): Fall zur Diagnose. Älterer Chromlederfabrikarbeiter zeigt im Gesicht und an der linken Halsseite eine Anzahl teils flacher, teils himbeerartiger Tumoren; Schwellung der regionären Lymphdrüsen. Histologisch noch nicht untersucht. Diagnose Boecksches Sarkoid oder leukämische Tumoren.

Aussprache:

Meirowsky diagnostiziert wegen der Flachheit der Infiltrate und der deutlichen Teleangiektasien Boecksches Sarkoid. — *H. Müller:* Die außerordentlich ausgesprochene, fast Pseudofluktuation gebende Weichheit der Tumoren und die starke Drüsenschwellung spricht für Leukämie. Entscheidung durch Blutbild bzw. Biopsie. — *Dreyer* sah ein tuberöses Angiom bei einem Kinde nach Radiumbestrahlung eines an anderer Stelle gelegenen Kavernoms zurückgehen.

Meirowsky (Köln): Boecksches Sarkoid — zahlreiche großknotige, ziemlich derbe Tumoren an Gesicht und Hals — bei einer 47jährigen Frau. Auf eine zweimalige Einspritzung von Doramad (2000 bzw. 3000 e. s. E. in 1 ccm NaCl-Lösung) Verkleinerung der Geschwulst. Nach der zweiten Einspritzung Durchfälle und allgemeine Mattigkeit, danach nach Angabe der Patientin auch Rückgang eines anderen Tumors. Es wäre zu prüfen, ob Doramad auch vom Blutwege aus eine Wirkung ausüben könne.

Digitized by Google

Vollmer (Kreuznach): Keloidbildung bei Lues III. Die 28jährige Patientin war während des ersten Exanthems nur unspezifisch behandelt und danach mit schwerster maligner Syphilis in Zugang gekommen, die unter Sublimatbädern, Unguentum Kalii jodati und Jodkali abheilte. Jetzt Ausbruch neuer Geschwüre auf dem Kopfe und Keloidbildung in den alten Narben.

Aussprache:

E. Hoffmann hält den Fall für Lues maligna mit Keloidbildung.

Schuster (Aachen): Multiple Fremdkörperriesenzellengranulome mit Lipombildung; seit einem halben Jahre bestehen erbsen- bis pflaumengroße, wenig druckempfindliche Tumoren an beiden Armen, die histologisch am Rande eines abgekapselten Lipoms ein entzündliches Granulom mit Riesenzellen zeigen, welche leicht gelblich gefärbte, schlanke rhombische Kristalle einschließen. Da Patientin Morphinistin ist, handelt es sich möglicherweise um Morphiumkristalle.

Paulus (Aachen): 1. An *tuberkulöse Granulome* erinnernde Hautgeschwülste. 58jähriger Diabetiker, klinisch ohne Tuberkulose, bekam seit einem Jahre an Oberschenkeln und Gesäß, später auch an Bauch und Rücken erbsengroße, lividblaue, derbe, subkutane, schmerzlose, allmählich sich vergrößernde Knoten, die auf Glasdruck deutlich zahlreiche miliare hellrote Knötchen hervortreten lassen. Ektebinreaktion negativ, Pirquet schwach positiv, keine Herdreaktion. Histologisch kleinzellige Infiltration um die erweiterten Gefäße, in der Kutis scharf umschriebene, aus Rundzellen und den strahlenförmig angeordneten Resten des atrophischen kollagenen Gewebes bestehende Infiltrate mit zentraler faseriger Nekrose, in deren Mitte stellenweise noch ein Blutgefäß mit degenerierten Epithelien zu erkennen ist. Keine Plasmazellen, ganz vereinzelt Langhanssche Riesenzellen, umgeben von epithekoiden Zellen, die sonst fehlen. Tbc.-Bazillen nicht nachgewiesen, Spirochäten, Wa.R. usw. negativ. Es handelt sich demnach um eine primäre Endothelschädigung der präkapillaren Gefäße mit Nekrose der Gefäßwand und des umliegenden Bindegewebes und sekundärer Infiltration. Trotz der Ähnlichkeit des histologischen Bildes mit Granuloma annulare läßt der abweichende klinische Befund es nicht angängig erscheinen, beide Prozesse für gleichartig zu erklären.

Aussprache:

E. Hoffmann: Der Fall ist sehr eigenartig; der histologische Befund erinnert an Sarkoid Boeck bzw. Granuloma annulare; er schlägt Arsentherapie vor.

2. *Ausgedehnte Sklerodermie* bei einem 40jährigen Bergmanne, die trotz 13jährigen Bestehens noch ohne bisher nachweisbare Atrophie im Stadium des Ödems und der Infiltration verharrt. Beginn der Erkrankung nach längerem Arbeiten im Wasser. An den oberen Extremitäten bis zur Mitte der Vorderarme, an den unteren bis zum unteren Drittel der Oberschenkel ist die Haut schmutzig fahlgelb bis lividblau, bretthart, nicht eindrückbar oder verschieblich; an Hand- und Fußgelenken Konturen verstrichen; oberflächliche feine Schuppung, an Fingern und Zehen dichtstehend derbe, anscheinend den Follikeln entsprechende Hornkegel. Oberhalb der sklerodermatischen Partien zahlreiche polymorphe rote Flecke in netzförmiger Anordnung. Der Fall wird ausführlich veröffentlicht.

Digitized by Google

Mergelsberg (Aachen): Arsenkeratose, seit 5 Jahren an den Handtellern, seit 1½ Jahren auch an den Fußsohlen; nach homöopathischen Arsendosen auch Keratosen an den Mamillen, die jetzt unter Hinterlassen von Melanosen wieder verschwunden sind.

Dreyer (Köln): 1. Apfelgroßes *Karzinom* auf dem Rücken *eines Psoriatikers*, seit 6 Jahren auf oder zwischen Psoriasisefloreszenzen entstanden.

2. *Livedo racemosa* bei einer 22jährigen Syphiliskranken oberhalb der Ellenbogen.

3. Zahlreiche *Mollusca contagiosa* am rechten Arm.

Zinßer (Köln): 1. *Epidermolysis bullosa hereditaria* bei einem 25jährigen Manne, erst vor 2 Jahren entstanden.

2. Eigentümliche *Dermatitis artificialis* an den Endphalangen sämtlicher Finger bei einem Nickelarbeiter; die Epidermis ist in kleinen, zentral festhaftenden Lamellen abgelöst, offenbar Selbstbeschädigung durch den Patienten, der in einer chirurgischen Instrumentenfabrik arbeitet.

3. *Terpentindermatitis* an beiden Händen bei einem Lackierer; eine ½stündige Applikation von Terpentinersatz am Oberarm hat zu einer schweren Hautentzündung mit Blasenbildung geführt.

Aussprache:

E. Hoffmann warnt vor Terpentinproben an sichtbaren Hautstellen, weil Pigmentflecke lange zurückbleiben können.

Fischer (Universitäts-Hautklinik *Köln*): 1. Zwei Fälle von *generalisierten Warzen* vom vulgären und juvenilen Typ sowie Übergangsformen bei Erwachsenen, seit 9 bzw. 4 Jahren bestehend.

Aussprache:

Haas empfiehlt die psychologische Behandlung, die mit Erfolg, oft in Familientradition, von Laien ausgeübt wird.

2. *Melanodermitis toxica* bei einem Maurer, der 18 Jahre in einer Dynamitfabrik tätig und den Dünsten verschiedener chemischer Agentien ausgesetzt ist. Seit 1 Jahre Pigmentierungen im Gesicht und an den Händen. Die histologischen Veränderungen — Verhornungsanomalien an den Follikelmündungen, Pigment nur im oberen Korium, Infiltrate um den oberen Teil der Talgdrüsen und deren Ausführungsgänge — scheinen dafür zu sprechen, daß ein vielleicht durch Inhalation in den Körper aufgenommener Stoff durch die Drüsen ausgeschieden wird.

Aussprache:

E. Hoffmann nimmt eine hämatogene Entstehungsart durch Einatmung an, die auch anderweitig neuerdings nach Teereinatmung beobachtet ist, während *Riehl* für seine Fälle diese Ursache ablehnt. — *Fischer* weist darauf hin, daß es nach dem Ergebnis seiner Tierversuche im Prinzip gleich ist, ob ein Stoff von außen oder innen in die Haut gelangt, wobei ihm die Hautdrüsen vielfach die Vermittler zu sein scheinen.

3. *Leiomyome*, streng halbseitig von der Wirbelsäule bis zum rechten Handrücken verlaufend; zunächst entstanden vor 13 Jahren nicht schmerzhafte Flecke, die sich später in Tumoren verwandelten, welche bei Druck und Witterungswechsel sehr schmerzempfindlich sind. Histologische Geflechte von glatter Muskulatur in der Kutis mit Bindegewebe untermischt.

4. *Recklinghausen-Familie; Mutter* von Kindheit an nur einige Café-au-lait-Flecke, während der ersten Gravidität Auftreten zahlreicher Tu-

Digitized by Google

moren; 12jährige *Tochter* gleichfalls zunächst nur Café-au-lait-Flecke, jetzt mit Einsetzen der Pubertät beginnende Tumorbildung am ganzen Körper, gleichzeitig linksseitige Fazialisparese, Kopfschmerzen mit Übelkeit und Erbrechen, beiderseitige Stauungspapille (rechts stärker als links), Nystagmus, positiver Romberg, klaffende Schädelkranznähte (zentrale Neurofibromatose). 7jährige *Tochter* mit kleinem Naevus pigmentosus hinter dem rechten Ohr.

Berger (Köln): Im neunzehnten Lebensjahre entstandene *Recklinghausensche Krankheit,* mit rechtsseitiger Fazialislähmung verbunden, die auf einen Schädelbruch in der Jugend zurückgeführt wird, möglicherweise aber mit der Neurofibromatose ursächlich zusammenhängt.

Fischer (Universitäts-Hautklinik *Köln*): 1. Seit 10 Jahren bestehende *Sycosis simplex* des Gesichts, der Pubes und Augenlider *mit Verlust fast aller Haare* an diesen Teilen. *F.* glaubt, daß eine innere Komponente Ausscheidungsanomalien an den Haarbalgdrüsen hervorrufe und dadurch die Bakterienansiedlung begünstige, und erinnert bezüglich der Augenbrauen an die Versuche von *Mori,* die er bestätigen konnte.

Aussprache:

Dreyer hat mehrfach ähnliche Fälle gesehen und stimmt auch in ätiologischer Hinsicht *Fischer* bei. — *Bering* berichtet über drei Fälle von Sycosis non parasitaria, die später an Tuberkulose gestorben sind.

2. Zwei Fälle mit — einmal weißen, einmal blauschwarzen — im Korium gelegenen *Zysten in der Brusthaut.* Die weiß erscheinenden haben eine dünne Wand und einen sich mit Eosin kaum färbenden krümligen Inhalt mit nur hier und da zwischengelagerten Hornpartikeln; die dunklen Zysten haben eine sehr dicke epitheliale Wand, die alle Schichten einer Oberflächenhaut und nach dem Lumen zu eine regelrechte Verhornung zeigt. Die Zyste ist mit Hornsubstanz ausgefüllt, die auf der Schnittfläche blauschwarzes Aussehen hat; diese Färbung ist, da Pigment und Blutgefäßgeflechte fehlen, durch die eigenartige Degeneration des Horns in der Zyste zu erklären.

3. Seit 9 Jahren bestehende *totale Alopezie,* welche sich *im Anschluß an* einen mit fieberhaften Allgemeinerscheinungen einsetzenden und mit lebhaftesten Juckreiz einhergehenden *Lichen pilaris,* der sich im Verlauf eines halben Jahres zurückbildete, entwickelt hat. *F.* nimmt an, daß es bei der fieberhaften Allgemeinerkrankung zur Ausscheidung eines abnormen Drüsensekretes kam, welches die follikuläre Keratose und dadurch den Haarverlust verursachte.

Aussprache:

H. Müller (Mainz) beobachtete nach Einreibungen mit grauer Salbe eine Dermatitis und schwere Enteritis, danach universellen Lichen pilaris, auch auf dem Kopfe und totalen Haarausfall; 1 Jahr später Nachwachsen weißer Haare. Vielleicht bestand auch hier ein Zusammenhang zwischen der Enteritis und der Hautstörung im Sinne einer Ausscheidungskrankheit.

4. *Epitheliale Tumoren* an den Augenlidern, Hals, Nacken und Rücken eines 20jährigen Mädchens; vor 6 Jahren entstanden zunächst weiße, später bräunlich-schwarze Farbe annehmende, runde, mit schmaler Basis der Haut aufsitzende kleine Knötchen, die histologisch ganz den Charakter des Epithelioma adenoides cysticum haben; sie enthalten viel Pigment, das einmal schollenweise im Zentrum von Epithelkomplexen, entweder in Hornlamellen oder in Lücken, an deren Stelle beim Epithelioma adenoides cysticum sich ge-

Digitized by Google

schichtetes Horn befindet, gelagert ist, dann feinkörnig in großen, zum Teil sternförmiges Aussehen zeigenden Chromatophoren im Bindegewebe und innerhalb der epithelialen Zellzüge sich befindet (ob hier in oder zwischen den Epithelzellen ist zweifelhaft).

Zinßer (Köln): Blauschwarze, rings die Kornea umgebende Skleraflecken als Reste einer abgelaufenen papulösen *Skleritis bei Lues congenita.* Diese Flecken seien unter Umständen ein wichtiges Stigma der Syphilis; Skleritis ist, obwohl bei akquirierter und kongenitaler Lues nicht so selten, nicht genügend bekannt.

Heymann (Düsseldorf): 1. Demonstriert 23 *Präputialsteine* aus der nicht phimotischen, aber noch nie zurückgestreiften Vorhaut eines 19jährigen Mannes.

2. Demonstration eines zystoskopischen Aquarells von *Lichen ruber der Blase.* Die 21jährige Patientin war im Anschluß an eine Dürkheimer Maxquellenkur mit einem Lichen ruber erkrankt, der in der Düsseldorfer Hautklinik auch histologisch nachgewiesen wurde. Daß es sich um eine Arsenwirkung handelte, wurde auch daraus geschlossen, daß auf Solarson Verschlimmerung, auf Natriumthiosulfat Heilung eintrat. Am Schluß der Behandlung Einsetzen von Blutharnen mit Strangurie. Im Sediment zahlreiche rote, wenig weiße Blutkörperchen, keine Zylinder; Eiweiß 0,75‰. Zystoskopisch über die ganze, im übrigen normale Blasenschleimhaut verstreut, leicht erhabene, lachsrote, teilweise konfluierte und in der Sphinktergegend zu derben, durchscheinenden Wülsten zusammengeflossene Flecken, die einen Schimmer haben, als ob eine dünne Schicht Stearin darüber läge. Die Blutung stammte aus der linken Niere und wird auf das Natriumthiosulfat zurückgeführt. Es handelt sich um den zweiten, in der Weltliteratur veröffentlichten Fall von Lichen ruber der Blase; auch in dem ersten, von *Zerkowitz* beschriebenen Falle wurde als entscheidend für die Diagnose angesehen, daß die Effloreszenzen in ganz gesunder Schleimhaut standen. Rückgang der Blasenerscheinungen innerhalb von 14 Tagen ohne Pigmenbildung, während der Hautlichen starke Pigmentierung zurückließ.

Aussprache:

Dreyer bezweifelt die Lichennatur der demonstrierten Effloreszensen, weil sie nach Farbe und Anordnung sich von den bekannten Schleimhauterscheinungen wesentlich unterscheiden; auch seien die Blutungen schwerlich auf Natriumthiosulfat zurückzuführen. Die Annahme einer Purpura würde das ganze Bild erklären.

Hugo Müller (Mainz): Praktische Erfahrungen mit einem öllöslichen Jodwismutchininpräparat (Spirobismol solubile). Vergleiche Bericht über die Marburger Dermatologentagung.

Fischer (Universitäts-Hautklinik *Köln*): *Zur Frage der Ausscheidungsdermatosen (Vortrag mit Lichtbildern).* Unter Ausscheidungsdermatosen sind Veränderungen epidermidaler oder zugleich kutaner Natur zu verstehen, hervorgerufen durch die Wirkung eines irgendwie veränderten Sekretionsproduktes der drüsigen Hautorgane auf die Epithelien, des Ausführungsganges, dessen Umgebung in der Kutis und die dem Ausführungsgang benachbarten Oberflächenepithelien. Es ist bekannt, daß gewisse Stoffe — Medikamente und Stoffwechselprodukte (Jod, Brom, Arsen, Harnstoff) — durch Hautdrüsen ausgeschieden werden können. *Buschke* und *Fränkel* haben nachgewiesen, daß bestimmte mit der Nahrung aufgenommene Fette in den

Digitized by Google

Sekretionsprodukten der Talgdrüsen wiedergefunden werden. *M. B. Schmidt* konnte zeigen, daß Scharlachrot oder Sudan, mit Cholesterin oder Lezithin in Öl gelöst, in den Talgdrüsen bei weißen Mäusen ausgeschieden wird und hierbei folgende Veränderungen macht: Verschwinden der hellen Talgdrüsenzellen und Umwandlung in gewöhnliche Follikelepithelien; Wucherung der Epithelien des Follikels zu Follikelepitheliomen; Umwandlung der Epithelzellen im Follikelinneren zu Horn und Bildung zentraler Hornpfröpfe; eventuell Infiltratbildung um Drüse und Ausführungsgang. Vortragender konnte diese Befunde vollkommen bestätigen und auch durch subkutane Injektion verschiedener Teersorten und Verfütterung von Teer bei weißen Mäusen Veränderungen in demselben Sinne erzielen. Es ergab sich dabei weitgehende Übereinstimmung mit klinischen Veränderungen der Haut, welche bei experimentellen Avitaminosen bei Mäusen, Ratten und Affen auftreten und in Struppigkeit und Ausfallen der Haare, Bildung von Schuppen an der Haut und knötchenförmigen Verdickungen um die Haare herum bestehen, Veränderungen, die wie bei den Scharlachrot-Versuchen von *Schmidt* eng an die Haarbalgdrüsenfollikel gebunden sind. Der Beweis der Abhängigkeit und Beeinflußbarkeit der Drüsen und ihrer Sekretion vom allgemeinen Stoffwechsel wurde in einwandfreier Weise von *Mori* erbracht; er fand bei seinen Versuchen, durch vitamin-A-freies Futter Xerophthalmie zu erzeugen, daß diese erst sekundär entsteht, daß es zuerst zu Veränderungen aller lakrimalen Drüsen im Sinne einer Dysfunktion kommt, die eventuell bis zur Atrophie geht. Vortragender konnte durch subkutane Injektionen von Teer, in geringerem Maße auch durch Scharlachrot, bei weißen Mäusen dieselben Veränderungen an den lakrimalen Drüsen einschließlich der Liddrüsen erzielen. Nach Demonstration der experimentellen Veränderungen an der Haut bei Teer- und Scharlachmäusen werden die bei einer Reihe von Hautkrankheiten vorkommenden analogen Veränderungen besprochen und im Lichtbild vorgeführt: 1. seborrhöische Warzen (ganz junge und alte) — beteiligt sind Talg- und Schweißdrüsen —; 2. Akanthosis nigricans — Schweißdrüsen —; 3. Warze bei Xeroderma pigmentosum — Talgdrüsen, starke Infiltration im Korium —; 4. Lichen ruber planus — Schweißdrüsen —; 5. Bowensche Dermatose; 6. Gewisse Formen des Hautkarzinoms. Hierzu werden die histologischen Verhältnisse beim experimentellen Teerkrebs, wie sie *Itschikara* beschreibt, in Parallele gesetzt, wo durch Eindringen von außen die gleichen follikulären Veränderungen hervorgerufen werden, wie bei den Teer- und Scharlachmäusen des Vortragenden.

Aussprache:

Memmesheimer: Arsennachweis beim Salvarsanlichen zeigte Arsenbisulfidniederschläge hauptsächlich im Epithel und den Drüsenausführungsgängen, jedoch nicht mehr, als bei einem Falle von Salvarsandermatitis, wo die Niederschläge hauptsächlich in der Kutis lagen. Dies zeigt, daß zur Entstehung des Salvarsanlichen noch besondere Verhältnisse im Epithel gegeben sein müssen. — *Bering* fragt, ob die Versuche mit jedem Präparat gelungen sind. — *Vollmer* erklärt sich die Entstehung des Haarausfalles nach Typhus in ähnlicher Weise. — *Fischer* hat zwei verschiedene Teere benutzt, die in den Resultaten Unterschiede quantitativer Art gaben, ohne daß bisher etwas Genaueres darüber gesagt werden kann. Der Haarausfall nach Typhus ist eventuell ebenso zu deuten, wie derjenige nach den bekannten Hauterscheinungen bei Skorbut, d. h. über eine allgemeine Stoffwechselstörung hinweg, durch welche die Nahrungszufuhr für die Haare und Haarbalgdrüsen qualitativ verändert wird. *Roscher* (Koblenz).

Digitized by Google

Periodische Literatur.

Zusammengestellt von Dr. *Arthur Alexander* in Charlottenburg.

Syphilis.

Allgemeine Pathologie. Pathologische Anatomie.

Scheikin: **Die Reaktion der Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten bei der experimentellen Kaninchensyphilis.** Venerologia u. Dermatologia 1926. Nr. 4.

Die in der experimentellen, unter Leitung von Prof. *J. Finkelstein* stehenden Abteilung des Venerologischen Instituts zu Moskau ausgeführten Prüfungen der Reaktion der Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten bei Kaninchensyphilis ergaben, daß dieselbe beobachtet wird:

bei Ulc. durum im Stadium der Zunahme in . . . . . 50 %,
bei gigantischen Schankern in . . . . . 77 %,
bei gigantischen Schankern während der Verheilung in . . 18 %,
bei Lues II in . . . . . 66 %,
bei Lues latens in . . . . . 15 %.

A. Jordan-Moskau.

Antoni-Hamburg: **Die Diagnose der Syphilis aus dem Blutbild.** D. W. Bd. 83. Nr. 29. 1926.

Verf. konnte aus Blutausstrichen, die nach dem *Ringold*-Verfahren gefärbt waren, bei Syphilitischen an den Kernen der weißen Blutzellen Veränderungen beobachten, die in mangelhafter Farbaufnahme, Verschwommensein der Kernhülle und Sichtbarwerden von zickzackartigen oder wellenförmigen Gängen, die meist am Ende ein Knöpfchen zeigen, bestehen. Diese Veränderungen sind fast nur bei Luetikern in den verschiedensten Stadien mehr oder weniger ausgeprägt zu finden, vereinzelt auch mal bei Tbc. und Malaria. Verf. glaubt auf Grund dieser Blutbefunde für den Verlauf und das Stadium der Krankheit prognostische Schlüsse ziehen zu können. Unter der spezifischen Behandlung verschwinden diese Veränderungen allmählich und bei 3 Fällen von Lues maligna waren sie nicht zu beobachten. Aber Nichtvorhandensein dieser Blutveränderungen schließt nicht das Bestehen einer Lues aus. In den verschiedenen Stadien der Lues treten diese Blutsymptome auch verschieden auf. Während im primären Stadium hauptsächlich die Lymphozyten und die evtl. vorhandenen großen Lymphozytenformen befallen sind, findet man später die Veränderungen mehr an den Leukozyten und Monozyten.

Krüger-Sagan.

C. Stern und *W. Strauß*-Düsseldorf: **Über den Nachweis der Syphilis aus dem Blutbild nach Antoni.** D. W. Bd. 83. Nr. 37. 1926.

Die Nachprüfung der von *Antoni* gefundenen Veränderungen an den Kernen der weißen Blutkörperchen ergab, daß sich diese Veränderungen (zickzackförmige Gangbildungen) nicht nur bei Lues, sondern auch bei anderen chronischen Erkrankungen, hauptsächlich Tuberkulose, finden lassen. Der Grad der Veränderungen ist bei den einzelnen Krankheiten vielleicht verschieden, aber als differentialdiagnostisches Merkmal ist diese Methode nicht anwendbar. *Krüger*-Sagan.

Digitized by Google

A. Hirsch-Frankfurt a. M.: **Die Diagnose der Syphilis aus dem Blutbild.** D. W. Bd. 83. Nr. 34. 1926.

Bei der Nachprüfung der Befunde, die *Antoni* mit der Ringoldfärbung an Blutausstrichen von Syphilitischen festgestellt hatte und die in Verwaschenheit der Kerne, angenagten und unscharfen Konturen und besonders eigentümlichen Gängen mit knopfartigem Ende bestehen sollen, stellte sich heraus, daß sich diese Veränderungen auch in Blutausstrichen finden, ohne daß eine Lues bei dem betreffenden Menschen besteht. Da diese Veränderungen in keiner Weise typisch sind, kann man aus ihnen allein auch nicht die Diagnose Lues stellen. *Krüger*-Sagan.

Syphilis. Serologie.

Bojewskaja: **Vergleichende Untersuchungen über die Kahnsche Reaktion mit der Wa.-R., der Bruckschen Kältereaktion und der S.-G.-R.** Venerologia u. Dermatologia 1926. Nr. 5.

Prüfungen mit 713 Sera ergaben, daß die Kahnsche Reaktion zwar der S.-G.-R. gleichwertig ist, aber sowohl der Wa.-R., als der Bruckschen Kältereaktion nachsteht. *A. Jordan.*

L. Nieuwejaar: **Über die Syphilisreaktion von Kahn.** Medicinik Revue 1926. S. 145.

806 Fälle, davon 440 Kontrolle. Die Reaktion ist schnell und leicht auszuführen, die Ablesung gibt für die subjektive Beurteilung mehr Spielraum als die Wa.-R. Sie hat in 90% mit Wa.-R. übereinstimmende Resultate gegeben; die abweichenden Reaktionen sind meistens „Grenzreaktionen". *A. Kißmeyer.*

Poller: **Die Kahnsche Reaktion und ihre diagnostische Bedeutung.** Venerologia u. Dermatologia 1926. Nr. 4.

Die in großem Maßstabe vorgenommenen Vergleichsversuche des Verf. mit der Kahnschen und der Wassermannschen Reaktion ergeben, daß die Kahnsche Modifikation I in 87% und II in 85,4% mit der Wa.-R. übereinstimmt. Besonders erweisen sich die beiden Kahnschen Modifikationen bei Syphilis latens empfindlicher als die Wa.-R., und darin liegt ihre große diagnostische Bedeutung. *A. Jordan*-Moskau

Sigmund S. Greenbaum. M. D. and *Elizabeth Yagle, B. Sc.*, Philadelphia: **Daily Variations in Complement Fixation (Kolmer) and Precipitation (Kahn) Reactions in Untreated Syphilitic Patients. (Tägliche Schwankungen der Kolmerschen und der Kahnschen Reaktion bei unbehandelten Luetikern.)** Journ. Americ. Med. Ass. Vol. 87. Nr. 5. 1926.

Bei 50 Versuchspersonen wurden vergleichende Versuche mit der Komplementbindungsreaktion (*Kolmer*) und der Präzipitatreaktion (*Kahn*) ausgeführt. Es handelte sich in allen Fällen um nicht behandelte Luetiker, deren Seren an 12 aufeinanderfolgenden Tagen untersucht wurden. Mit Ausnahme von ganz geringen Schwankungen fanden sich bei 42 der untersuchten Seren einheitliche Reaktionen. Die übrigen 8 wiesen große Schwankungen auf, doch ließen 6 davon noch an einzelnen Stellen ein positives Resultat durchblicken. Die restlichen 2 zeigten ein negatives Resultat. Verff. raten daher, immer beide Reaktionen anzuwenden und empfehlen ferner zur Verfeinerung der Reaktion das Serum bei der *Kahn*schen Re-

Digitized by Google

aktion anstatt 30 Minuten nur 15 Minuten lang zu erhitzen. Bei behandelten Luetikern zeigt das Serum regelmäßig Schwankungen, zumal nach Anwendung von Sulpharsphenamin. *Röntz*-Bonn.

Sklar: **Vergleichende Prüfung der Reaktion Adler-Sinek.** Russki Westnik Dermatologii 1926. Bd. 4. Nr. 7.

In 90% der untersuchten Fälle stimmte die Flockungsreaktion von Adler-Sinek mit der Wassermannschen Reaktion überein.

A. Jordan-Moskau.

Th. Shirosaki: **Untersuchungen über die Schichtprobe zum serologischen Luesnachweis.** Arch. f. Dermat. u. Syph. 148. Bd. S. 384.

Der Versuch, zu erproben, ob ein für die S.-G.-R. erprobtes Extrakt grundsätzlich auch für die Schichtprobe brauchbar ist, führte zu dem Resultat, daß die Schichtprobe hinreichend empfindlich, die Möglichkeit unspezifischer Reaktionen aber nicht auszuschließen war. Verf. empfiehlt, wenn es auf eine Schnellreaktion ankommt, Meinickes Trübungsreaktion und die von *Sachs*, *Klopstock* und *Ollaski* angegebene Ausflockungsreaktion.

Naß-Stolp.

Blumenthal: **Beiträge zur Frage des serologischen Luesnachweises. Ergänzung der Wa.-R. durch eine Flockungs- bzw. Trübungsreaktion.** 3. Mitteilung. M. K. 1926. 44.

Wenn auch die Flockungsreaktionen (S.-G.-R. und M.-T.-R. usw.) die Wa.-R. nicht ersetzen können, so sind sie doch als wertvolle Ergänzung der Wa.-R. anzusehen. Auch die Sedimentierungsreaktionen können noch keine selbständige Stellung beanspruchen, weil durch den Zusatz von Cholesterin, Harzen usw. zu den alkoholischen Antigenen bei manchen andern Krankheiten (Lepra, Tbc.) besonders labile Sera leicht zu unspezifischer Ausflockung kommen. Versuche ergeben bei 1304 Seren bzw. Wa.-R. und Sediment R. 4,83% Übereinstimmung, 17% Abweichungen. Bei 204 Tuberkulosenseren stimmen sie in 77% überein, weichen in 23% ab. Es ist also große Vorsicht geboten bezügl. der Schlußfolgerungen hinsichtlich der Sedimentsreaktion, die immer nur als Kontrollreaktion neben der Wa.-R. mitlaufen kann. Was als Vorteil bei der Sedimentreaktion anzusehen ist, ist, daß bei ihr das Serum durch keinen gröberen Eingriff verändert wird, wie er die halbstündige Erhitzung auf 56° bei den Flockungsreaktionen bedeutet zur Inaktivierung des Serums. Somit bietet nach Verf. die mit Balsam-Luesleberextrakten angesetzte Sedimentreaktion als Kontrolle der Wa.-R. die z. Z. besten Chancen. *Siegfried*-Aachen.

Blumenthal und *Schwarzmann:* **Beiträge zur Frage des serologischen Luesnachweises.** 2. Mitteilung: **Die Brauchbarkeit von Retroplazentar- und Nabelvenenblut für die Serodiagnostik der Lues.** M. Kl. 1926. 40.

Wie weit das von obigen Körperstellen entnommene Blut serodiagnostisch für Lues verwertbar ist, ist noch umstritten. Verff. haben nach eigenem Verfahren an 2042 Fällen Untersuchungen vorgenommen und kommen zu dem Ergebnis, daß Retroplazentarblut nur in frischem Zustand herangezogen werden darf, da sonst oft unspezifische Hemmungen sich zeigen. Der Ausfall der serologischen Untersuchung soll hier durch gleichzeitig angesetzte M.-Trübungsreaktion seine Ergänzung finden, und auch

Digitized by Google

dann noch soll der Ausfall der Reaktion durch gleichzeitige Prüfung des entsprechenden Armvenenblutes bestätigt werden. Das ist also ein sehr komplizierter Apparat. Das Armvenenblut gibt in allen Stadien der Gravidität und des Wochenbettes, wenn positiv, richtige Resultate. Das Nabelvenenblut gab auch bei sicher syphilitischen Säuglingen so viele Versager zum Negativen hin, daß man auf seine Untersuchung besser verzichtet. Als Ersatz dafür empfehlen Verff. die Entnahme von Venenblut frühestens bei sechswöchigen Säuglingen, das man dann leicht an Knöchel oder Stirn gewinnen könne. *Siegfried*-Aachen.

Serafimow: **Die Blumenthalsche Reaktion in der Lumbalflüssigkeit bei Syphilis des Zentralnervensystems.** Journal zur Vervollkommnung der Ärzte. (Russisch.) 1926. Nr. 7/8.

Verf. stellte Paralleluntersuchungen mit verschiedenen Reaktionen mit der Spinalflüssigkeit bei 51 Fällen an, unter denen 35 Fälle von P. P., 8 von Lues cerebri, 2 von Tabes, 2 von Neurasthenie mit syphilitischer Anamnese, 2 von funktionellen Erkrankungen und je einer von tumor cerebri und Meningitis waren. Es erwies sich, daß die Resultate der Blumenthalschen Reaktionen in allen Fällen von P. P., Lues cerebri und Tabes dorsalis genau mit der Wa.-R. übereinstimmten. *A. Jordan.*

H. Dold und *H. Groß:* **Über das Ergebnis weiterer 5000 Vergleichsuntersuchungen zwischen der Wassermann-Reaktion und der Dold-Reaktion.** M. m. W. Nr. 28. 1926.

Die Dold-Reaktion, die mit bestimmten Mischextrakten aus Luesleber-Rinderherz-Menschenherz und Meerschweinchenherz angestellt wird, stellt eine Trübungs- und Flockungsreaktion dar. Sie ermöglicht eine Frühablesung nach 4 Stunden gleichzeitig mit der Wa.-R. als Trübungsreaktion und eine Spätablesung nach 24 Stunden als Flockungsreaktion, wodurch zweifelhafte Fälle noch geklärt werden können. Von 5000 untersuchten Seren reagierten völlig übereinstimmend mit der Wa.-R. (Früh- und Spätablesung) 4756 = 95,1%, abweichend reagierten 244 = 4,9%.

J. Weinstock-Charlottenburg.

Brussilowskaja-Tertitzkaja: **Über die Doldsche Trübungsreaktion.** Venerologia u. Dermatologia 1926. Nr. 5.

Die an der 2. Moskauer Hautklinik angestellten Kontrollversuche mit der Doldschen Trübungsreaktion ergaben in 96% vollkommene Übereinstimmung mit der Wa.-R. Die Möglichkeit der Ausführung der Doldschen Trübungsreaktion auch bei Zimmertemperatur gibt ihr daher, besonders für kleine Laboratorien, einen gewissen Vorzug vor der Wa.-R. *A. Jordan.*

Spranger: **Über die Meinicke-Mikromethode.** M. K. 1926. 46.

An 1000 Seren wurde Wa.-R., S.-G., M.-T.-R. und Mei.-Mikroreaktion zugleich vorgenommen. Für M.-T.-R. und Mei.-Mikroreaktion wurde gleiches Extrakt verwandt. Untersuchung im hängenden Tropfen. M.-T.-R. und Mei.-Mikroreaktion stimmten in 89,4 % überein. Die größere Häufigkeit der stärker positiven Reaktion der Mikroreaktion weckt gemäß weiterer Erfahrungen den Verdacht, daß letztere mehr unspezifische Reaktionen umschließt. Da außerdem in 2,6 % die Mikroreaktion versagte, so kann sie nicht als Ersatz der Wa.-R. gewertet werden. Die M.-T.-R. ist zuverlässiger und auch handlicher. *Siegfried*-Aachen.

Digitized by Google

J. Hohn: **Zur Technik der dritten Meinicke-Lues-Flockungsreaktion.** M. m. W. Nr. 25. 1926.

Entgegnung auf die Behauptung *Meinickes*, daß die *Hohn*sche Modifikation ihre wesentlich erhöhte Schärfe mit einer geringen Neigung zur Unspezifität erkaufe. Der Autor dagegen hält an seiner Meinung fest, daß sich der D.-M.-Extrakt als der beste Flockungsextrakt erwiesen hat, der bei voller Spezifität die größte Zahl der Luesfälle erfaßt.

J. Weinstock-Charlottenburg.

W. Hartwich-Aplerbeck*:* **Lues-Sero-Diagnose im ärztlichen Laboratorium durch Mikro-Meinicke-Reaktion im hängenden Tropfen im Dunkelfeld.** D. W. Bd. 83. Nr. 46. 1926.

In der Technik wurde sich an die Veröffentlichungen von *Groß* gehalten. Die Resultate wurden im Dunkelfeld mit schwachem Objektiv und starkem Okular abgelesen. Die Beurteilung der Resultate ist verhältnismäßig einfach zu erlernen und die Resultate, die Verf. mit der Methode im Vergleich mit der Wa.-R. erzielen konnte, sind gut. Der große Vorteil der Methode besteht darin, daß man die Möglichkeit hat, das Resultat schon nach 2 Stunden bei Zimmertemperatur ablesen zu können.

Krüger-Sagan.

H. Boas und *S. A. Gammelhoff:* **Die Anwendbarkeit des Retroplazentarblutes für Wassermann-Reaktion.** Hospitalstidende 1926. S. 49.

Von 279 Patienten gab das Retroplazentarblut in 45 Fällen positive Reaktion (34 mit Wa.-R., 40 mit Fällungsreaktionen); nur in einem dieser Fälle bestand eine latente Lues, die übrigen 272 zeigten keine klinischen Zeichen an Syphilis und gaben negative Reaktion bei Venenblut.

W. Kißmeyer.

E. Klaften-Wien: **Beitrag zur Serodiagnose der Syphilis in der Schwangerschaft.** W. kl. W. Nr. 30. 1926.

Durch systematische Untersuchung der in den verschiedensten Monaten Graviden der Klinik konnte festgestellt werden, daß es gelingt, zahlreiche Fälle von einwandfreier Lues noch zu erfassen, wenn man neben der Wa.-R. die M.-T.-R. anstellt. Die Zahl der unspezifischen Reaktionen infolge Gravidität allein ohne Vorhandensein von Lues ist nämlich bei genauer und wiederholter Untersuchung verhältnismäßig gering. Dagegen gibt es Fälle, besonders am Ende der Gravidität, die bei sicher vorhandener Lues nach Wassermann negativ reagieren, dagegen mit der M.-T.-R. positiv sind. Auch im Wochenbett zeigte die M.-T.-R. eine größere Konstanz insofern, als sie die bei der Wa.-R. bekannte negative Wochenbettschwankung vermissen ließ.

Krüger-Sagan.

H. Bruno-Hamburg: **Über die Verwertbarkeit von Retroplazentarblut zur Serodiagnostik der Syphilis (unter besonderer Berücksichtigung der Kältemethode nach Jakobsthal).** D. W. Bd. 83. Nr. 42. 1926.

Eingehende Untersuchungen während eines halben Jahres an sämtlichen Gebärenden der Klinik haben zu dem Ergebnis geführt, daß bei sauberer Entnahme und nicht zu langer Aufbewahrung das Retroplazentarblut ein durchaus geeignetes Material zur Untersuchung für die Wa.-R. ist. Die von *Jakobsthal* angegebene Kältemethode ergab bei diesen Untersuchungen

Digitized by Google

feinere und deutlichere Resultate als die Originalmethode, ohne häufigere unspezifische Ausfälle. Verf. fordert, daß bei jeder Gebärenden evtl. gegen deren Willen Retroplazentarblut zur Untersuchung eingesandt wird, damit keine Lues der Mutter übersehen wird und bei den Kindern schon im jüngsten Alter etwas gegen die Lues congenita getan wird, ehe es zu irreparablen Schädigungen an wichtigen Organen gekommen ist. Statistische Untersuchungen in Hamburg haben gezeigt, daß gegen 1913 die Lues der Ehefrauen stark zugenommen hat, ohne daß dieselben meist davon Kenntnis hätten. *Krüger*-Sagan.

Saelhof: **Komplementfixation bei Ulcus molle.** Urol. a. cut. review 1926. Bd. 30. Nr. 4. S. 224.

Genaue Angabe der Technik der Komplementfixation. Bei 187 Fällen von weichem Schanker nur 58,53% positives Resultat. Deshalb ist die Reaktion zu diagnostischen Zwecken kaum zu verwerten.

August Simon-Bonn.

G. Vollmer-Köln: **Über den Ausfall der Wassermannschen Reaktion bei Ulcus gangraenosum.** D. W. Bd. 83. Nr. 30. 1926.

Die Tatsache, daß beim Ulcus molle mit stärkeren Bubonen vorübergehend die Wa.-R. positiv wird, ist allgemein bekannt. In der deutschen Literatur wird aber beim Ulcus gangraenosum selten oder niemals über das Vorkommen einer positiven Wa.-R. bei dieser Affektion berichtet. Dagegen haben die Franzosen bei diesen Fällen diese Erscheinung sehr häufig beobachtet. Verf. hat nun das Material der Klinik von 1915—1925 durchgesehen und bei 25 Fällen in 24% der Fälle positive Wa.-R. feststellen können. Diese Reaktion trat in der Mehrzahl der Fälle im akuten Stadium der Erkrankung auf, nur vereinzelt erst bei und nach der Rückbildung der Erscheinungen. Sie war immer nur vorübergehend und klang ohne besondere Therapie ab. Jedenfalls gibt uns die positive Wa.-R. beim Ulcus gangraenosum keine Berechtigung, daraus allein die Diagnose Lues zu stellen

Krüger-Sagan.

Gougerot et *Peyre:* **Réactions de Bordet-Wassermann irréductiblement positives, malgré des cures intensives avec des oscillations de réactions négatives de cause inconnues.** Ann. m. vén. 1926. 6.

Die im Titel erwähnten negativen Schwankungen bleiben den Autoren unerklärlich. Bei der Inkonstanz der Wirkung wiederholter Kuren mit Mitteln, welche erstmals wirksam schienen und weil anallergene interkurrente Allgemeinstörungen nicht vorgelegen haben, sehen sie sich zu der Annahme gezwungen, solcherlei unbegründete Reaktionsschwankungen im Kräftespiel von Virulenz des Virus und Resistenz des Organismus zu suchen. *Guth*-Zürich.

Gougerot et *Peyre:* **Bordet-Wassermann, tantot négatifs, tantot positifs, oscillants à longues periodes, malgré la continuation du traitement.** Ann. mal. vén. 1926. 7.

Den bisherigen Beobachtungsreihen unerklärlicher Schwankungen der Wa.-R. mit Umfallen nach der positiven Phase innerhalb negativer Serien oder auch mit umgekehrtem Befund war die kurze Dauer von Tagen bis Wochen eigen. Die mit zwei Beispielen belegte neue Beobachtungsreihe zeigt

Digitized by Google

Schwankungsbefund von Monaten. Das scheinbar Unbegründete in klinisch-therapeutischer Beziehung ist das allen drei Schwankungsgruppen gemeinsame. *Guth*-Zürich.

J. H. Mitchell: **Menace of the slightly positive Wassermann-Reaction. (Vorsicht mit der leicht positiven Wassermann-Reaktion.)** Journ. Am. Med. Ass. 87. Nr. 17. S. 1351. 1926.

Hinweis auf die Gefahr einer fahrlässigen Verwendung der alleinigen leicht positiven Wa.-R. ohne andere klinische Symptome bei der Diagnose Syphilis, die zu Heranzüchtung von Syphilophoben führt.

Memmesheimer-Bonn.

Stetter: **Über den Wert grundsätzlich bei jedem Kranken vorgenommener Blutuntersuchung auf Lues.** Münch. med. Woch. Nr. 20. 1926.

In einem Genesungsheim, das zu 50—60% mit leichteren geschlossenen Tuberkulösen und im übrigen mit Herz-, Magen-, Darm-, Stoffwechsel- und Nervenkranken belegt war, wurde bei jedem Kranken die M.-T.-R., nur in Zweifelsfällen die Wa.-R. angestellt. Während in früheren Jahren nur etwas über 1% Luetiker im Jahresdurchschnitt festzustellen waren, wurden nach Anstellung der regelmäßigen Blutuntersuchung 4,1% luetisch Erkrankte erfaßt, darunter Fälle, die leicht zu Fehldiagnosen hätten führen können. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

G. Petragnani: **Die Bordet-Wassermann-Reaktion, ausgeführt mit dem Rheometer von Dr. Vernes bei frischen in ihrem natürlichen hämolytischen Vermögen gegen Hammelblut gesättigten Seren.** Giornale ital. 1926.

Petragnani kommt nach eingehenden Erörterungen über die Technik und Methode seiner Wa.-R. zu folgenden Ergebnissen:

Das Antigen von *Bordet-Ruelens* ist ein vorzügliches Antigen, besonders, wenn es für den Gebrauch analkoholisch gemacht wird. Bei verschiedenen Fällen, wo andere alkoholische Herzextrakte aspezifische Reaktion gaben, erwies es sich empfindlicher als diese. Auch bei Anwendung nur eines Antigens sollte man zwei Dosen verwenden, eine in der Nähe der kleinsten, eine in der Nähe der größten Antigendosis. Aber auch mit diesem Antigen fällt — selten — bei sicherer Lues die Reaktion negativ aus.

Zur Ausführung der Wa.-R. ist der Rheometer zu empfehlen; die Reaktion ist mit diesem auch für wenig Geübtere ausführbar, und die Reinigung der Glassachen wird bedeutend eingeschränkt.

Die Verwendung frischer aktiver Seren für die Wa.-R. ist zu verwerfen; denn ihre Empfindlichkeit ist geringer im Vergleich zu ½ Stunde bei 56° inaktiviertem Serum. Auch das Belassen des Serums einige Tage im Eisschrank hat denselben Übelstand, denn das menschliche Blutserum hat wohl einen geringeren Komplementgehalt als das Meerschweinchenserum, aber dieser Gehalt ist meist stabiler. Auf der üblen Gewohnheit, für die Wa.-R. nicht inaktivierte Seren zu verwenden, beruht vielleicht die Annahme ihrer Unterlegenheit gegenüber der S.-G.- und M.-R. von einigen Autoren.

Die Verwendung von in ihrem hämolytischen Vermögen für Hammelblut gesättigten Seren macht die Wa.-R. besonders empfindlich und für die Diagnose brauchbar. Es ist aber eine kleine Dose Serum zu verwenden, welche etwa die Hälfte der darstellt, welche man bei Arbeiten mit normalem

Digitized by Google

inaktivierten Serum anwendet. Die so gesättigten Seren behalten noch monatelang in in der Flamme geschlossenen Glasröhrchen ihre Empfindlichkeit. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

M. Kitchévatz: **Die lokale Wa.-R., angestellt mit dem Serum der Läsion und ihr diagnostischer Wert.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 6. 1926.

Es wurden 339 Reaktionen bei 215 Kranken ausgeführt. Spezifität und Empfindlichkeit wurden nicht festgestellt, so daß die Methode sich für die Frühdiagnose nicht eignet. Es liegt dies in erster Linie an der zu geringen Menge des zur Untersuchung gewonnenen Materials, wodurch Vergleichsuntersuchungen etwa mit Flockungsreaktionen ausfielen.

Zurhelle-Bonn.

Ohashi: **Weitere Versuche zur Frage der Seruminaktivierung beim serologischen Luesnachweis.** M. Kl. 26. 9.

Die Seruminaktivierung bei der Wa.-R. und S.-G.-R. läßt sich nicht mit der Entfernung der Komplementwirkung begründen, vielmehr ist die Erwärmung nötig, um die im aktiven Serum labilsten, sonst störenden Komponenten zu vernichten. Verf. hat die Versuche von Takenomata nachgeprüft, die den Nachweis zu erbringen suchten, daß eine Erhitzung des aktiven Serums während 5 Minuten auf 60° dieselben günstigen Verhältnisse schafft wie die bisherige, wesentlich umständlichere. Erhitzung während 30 Minuten auf 55°. Er hat 810 Sera nach beiden Erhitzungsmethoden verglichen und kommt zu dem Resultat, daß eine Übereinstimmung bez. Wa.-R. und S.-G.-R. in 94,81% sich ergibt. Weiter glaubt er, daß ein halbstündiges Inaktivieren auf 55° mehr ein isoliertes Hervortreten positiver S.-G.-R. bewirke, ein Erhitzen auf 60° während 5 Minuten eher die Wa.-R. zu verstärken scheine, jedenfalls bestände kein wesentlicher Unterschied bei beiden Methoden. Reversible Frühflockungen traten häufiger und stärker auf bei 55°-Inaktivierung denn bei der 60°-Erhitzung. Damit scheine eine kurzdauernde Erhitzung auf 60° eine stärkere Stabilisierung des Serumeiweißes zu bedeuten. Zusammenfassend gibt Verf. der 60°-Inaktivierung bei Wa.-R. und S.-G.-R. den Vorzug.

Siegfried-Aachen.

F. Ornstein-Wien: **Über das antigene Vermögen der Lipoide.** W. kl. W. 1926. Nr. 27.

Bei Kaninchen lassen sich durch gleichzeitige Injektion von Cholesterin- oder Lezithinlösungen mit Schweineserum spezifische Antisera gegen das injizierte Lipoid darstellen. Es lassen sich auch mit anderen Lipoiden (Kephalin, Cerebrosid und Testislipoid) Antikörper darstellen, dagegen konnte bei Injektion von Lipoid ohne Schweineserum niemals das Auftreten von Antikörpern beobachtet werden. *Krüger*-Sagan.

Kadisch: **Über eine hämolytische Schnellreaktion auf Lues mit aktivem Serum.** M. Kl. 1926. 43.

Verf. hatte sich als Ziel gesetzt, eine in etwa 5 Minuten zu erzielende Schnellreaktion im Anschluß an die *Bruck*schen gleichartigen Experimente zu finden. Als Indikator kamen für ihn nur die Erythrozyten in Frage, zumal sie ja bei der Wa.-R. gelegentlich schon in wenigen Minuten zur Auflösung kommen. Unterstützend war die Erwägung, daß ja nur eine kolloidale Reaktion vorliegen könne, die vielleicht gleich nach der Mischung schon

Digitized by Google

ihren Anfang nimmt. Gelang es nun, einen Indikator unter optimalen Bedingungen anzuwenden, so mußte eine Gleichgewichtsstörung besonders schnell sich zeigen. Als optimale Temperatur für die Hämolyse durch den normalen Hammelblutambozeptor des Menschen und durch das normale Menschenblutkomplement ergab sich 40°. Als Extrakt war ein mit Cholesterinzusatz versehener Rinderherzextrakt sehr günstig. Um eine schnelle Bindung des Komplements beim positiven Serum zu erreichen, wurde der Rinderherzextrakt mit 3% iger Kochsalzlösung angesetzt. Dieser fertige Extrakt mußte dann weiter eine solche Temperatur haben, daß die Mischungstemperatur nach Berücksichtigung aller möglichen Wärmeabgaben bei den nötigen Manipulationen schließlich merklich über Zimmertemperatur lag. Genaue Technik ist angegeben. Von 368 Seren sind folgende Schlußfolgerungen zu ziehen: Nur ein positiver Ausschlag bei sicher nicht vorhandener Lues. Positive Ausschläge sind sehr zuverlässig, die Versager wahrscheinlich größer als bei den üblichen Luesreaktionen, ihre Empfindlichkeit letzteren gleich. Wo vorläufige Entscheidungen schnell zu treffen sind (Ammenuntersuchung) könnte man die Reaktion anwenden.

Siegfried-Aachen.

H. Hesse und *E. Kiene*-Graz: **Über einige Untersuchungsergebnisse mit der aktiven Methode des Komplementablenkungsversuches.** D. W. Bd. 83. Nr. 38. 1926.

Untersuchungen an einer großen Zahl von luetischen Seren ergaben, daß die Zahl der unspezifischen Reaktionen bedeutend geringer wird, wenn man statt 0,05 ccm Serum nur 0,005 ccm Serum nimmt. Diese Methode soll auch als Kriterium für eine als unspezifisch zu wertende Reaktion anzuwenden sein. Ebenfalls wurde festgestellt, daß alkoholfreier Rinderherzextrakt sich den alkoholischen Extrakten überlegen zeigte, sowohl in bezug auf die Stärke als auch die Spezifität. *Krüger*-Sagan

v. Thuréo und *Marchionini:* **Die bikolorierte Schellackreaktion. Eine neue Farbsolreaktion des Liquor cerebrospinalis.** M. K. 1926, 45.

Reaktion besteht im Zusatz einer künstlichen Kolloidlösung, hier Schellacklösung) zum Liquor im Reagenzglase. Hier ist durch Hinzufügen von Brillantfuchsin und Naphtholgrün zur Schellacklösung der Versuch gemacht, den Grad der Ausflockung durch färberische Veränderungen nach Art der Goldsollösung deutlicher sichtbar zu machen. Verfahren genau angegeben. Die Reaktion hat sich den Verff. sehr bewährt wegen ihrer Empfindlichkeit und Schnelligkeit als „Vorreaktion". Bei normalem Ausfall könnte man wohl auf die Ausstellung der Reihenkolloidreaktionen verzichten, dagegen nicht bei geringsten pathologischen Veränderungen wegen der prognostischen Schlußfolgerungen. *Siegfried*-Aachen.

Hoffmann und *Konrad:* **Lumbalpunktion mit „dünner" Nadel.** M. K. 1926, 38.

Der unangenehme Meningismus nach Lumbalpunktion wird wesentlich milder resp. ausgeschaltet durch die Verwendung dünner federgehärteter Lumbalnadeln, wie sie die Firma Camillus Nyrop, Kopenhagen, Kobmagergade 43 nach Krabbe neuerdings herstellt. Entnommen wurden 5—6 ccm, besondere Verhaltungsmaßregeln wurden nicht gegeben nach der Punktion. Nach der dünnen Nadel soll schwerer Meningismus überhaupt

Digitized by Google

nicht auftreten. Von den mit ihr Punktierten hatten 66% überhaupt keine Beschwerden, von den mit dicker Nadel dagegen waren nur 20% beschwerdefrei. Auch bei dünnen Nadeln ergibt sich die bekannte Erfahrung, daß Kranke mit positivem Liquor seltener Meningismus zeigen als solche mit normalem Liquor. *Siegfried*-Aachen.

F. Mras-Wien: **Liquor-Diagnostik bei Syphilis.** W. kl. W. Nr. 33. 1926.

Die ausführliche Arbeit bestätigt im wesentlichen die in der letzten Zeit über dieses Thema vertretenen Anschauungen. Es wird betont, daß die Lumbalpunktion ganz zu Unrecht bisher noch nicht den Eingang in die Praxis gefunden hat, den sie verdient. Wünschenswert ist die Vornahme der L.-P. vor Abschluß der Behandlung, da im 2. Halbjahr nach der Infektion in der Mehrzahl der Fälle die Liquorveränderungen auftreten. Therapeutisch sind sie im frühen Stadium günstig zu beeinflussen, zeigen aber immer an, daß das Nervensystem auch von der Infektion befallen ist und erfordern eine gründliche und energische Therapie. Der Einfluß der vorangegangenen Therapie auf das Zustandekommen der Liquorveränderungen ist nicht einwandfrei festzustellen, doch hat man den Eindruck, aus dem gefundenen Material schließen zu können, daß bei ungenügender Behandlung im frischen Stadium mehr Liquorveränderungen auftreten.
Krüger-Sagan.

H. Th. Schreus, H. G. Rottmann und *H. Wegener*-Düsseldorf: **Kritischer Beitrag zur Bewertung der Kolloidreaktionen im Liquor cerebrospinalis.** D. W. Bd. 83. Nr. 37 u. 38. 1926.

Untersuchungen an einem größeren Material auch nicht luetischer Nervenkranken ergaben, daß die Kolloidreaktionen (Goldsol und Mastix) natürlich nicht absolut spezifisch für Lues sind. Es zeigte sich auch eine typische Lues cerebri-Kurve bei luesfreien Alkoholikern und anderen organisch Nervenkranken. Die Paralysekurve ist bei manifesten Paralysen fast stets vorhanden, dagegen kommt sie auch bei anderen organisch Nervenkranken manchmal vor.

Aus dem Ausfall der Kolloidreaktionen allein ist also keine Diagnose und Prognose zu stellen, aber im Rahmen der übrigen Befunde sind die differentialdiagnostischen Ausschläge sehr gut zu bewerten, besonders für die Prognose und als Richtschnur für die Therapie. *Krüger*-Sagan.

James B. Ayer, M. D.-Boston: **The analysis of spinal fluid tests. (Die Verwertung der Liquoruntersuchungen.)** Jour. Americ. Med. Ass. Vol. 87. Nr. 6. 1926.

Verf. beschäftigt sich eingehend mit den Liquoruntersuchungen. Er hält es für sehr wichtig, daß der Arzt, der den Liquor entnimmt, auch die Untersuchungen ausführt. Denn nur durch Vergleich mit dem klinischen Krankheitsbild sind die Liquorbefunde zu verwerten. Es sollen, wenn möglich, folgende Reaktionen ausgeführt werden: 1. Prüfung des Lumbaldrucks und Druckstudien (Jugularvenenkompression); 2. Durchsicht auf Farbe, Konsistenz, Gerinnsel- und Blutgehalt; 3. Zellzahl; 4. Bestimmung des Eiweißgehaltes; 5. Ringprobe mit Ammoniumsulfat; 6. Wa.-R.; 7. Goldsol- und Benzoinreaktion; 8. Bakterienkulturen bzw. Impfung; 9. quantitative Zucker-, Chloride- und Stickstoffbestimmung. Im Anschluß daran führt A. 5 Fälle an, bei denen durch gewissenhafte Liquoruntersuchung Fehldiagnosen richtiggestellt werden konnten. *Röntz*-Bonn.

Digitized by Google

Schönfeld-Greifswald: **Herpes zoster und intralumbale Eingriffe nebst Bemerkungen über die im Kriege beobachteten Fälle von Herpes zoster nach Verwundungen.** A. f. Derm. Bd. 150. S. 16.

Drei klinische Beobachtungen, bei welchen Herpes zoster nach Lumbalpunktion aufgetreten ist. Intralumbale Einwirkung kann, wenn auch selten, von Herpes zoster gefolgt sein. Ob das Trauma eine unmittelbare oder mittelbare Veranlassung ist, läßt sich nicht feststellen.

Zemplenyi-Hamburg.

Th. Ehmer-Graz: **Über Goldsol.** Wien. kl. W. Nr. 25. 1926.

Um einwandfreie Resultate zu erzielen, ist es erforderlich, daß die Goldlösung die richtige H-Ionenkonzentration hat, da in einer zu sauren Lösung schon geringere Eiweißkonzentrationen genügen, um die bekannte Lueszacke hervorzurufen. Verf. empfiehlt bei jeder Verwendung von neuen Chemikalien diese auszudosieren und die Goldlösung so alkalisch, wie es zum einwandfreien Gelingen der Untersuchung möglich ist, herzustellen. Dann wird festgestellt, ob diese fertige Lösung auch wirklich keinen Ausschlag mit einm normalen Liquor gibt. Verwendet man dann zur späteren Herstellung immer dieselben Werte, so gelingt meist die richtige Einstellung sofort. Genaue Anleitungen sind im Original nachzulesen.

Krüger-Sagan.

Syphilis.

Therapie.

H. Haustein-Berlin: **Fixpunkte in der Geschichte der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.** D. W. Bd. 83. Nr. 44. 1926.

Man kann drei Fixpunkte unterscheiden. Der erste bezeichnet den Beginn der systematischen Bekämpfung der Lustseuche, der zweite den erneuten Versuch, durch eine Regelung des Prostitutionswesens und deren ärztlichen Kontrolle der Geschlechtskrankheiten auszurotten, und der dritte Fixpunkt ist in der Abschaffung der Reglementierung sowie Einführung von gesetzlichen Bestimmungen, die beide Geschlechter im Falle einer Erkrankung treffen, zu sehen.

Ausführlicher werden die Maßnahmen der zweiten Periode in der Stadt Berlin besprochen und mehrere Verordnungen und Erlasse angeführt, die zeigen, daß man auch in den Methoden und Maßnahmen im Laufe der Zeit einen stetigen Wechsel eintreten ließ. Mal duldet man die Prostituierten, dann wurden sie wieder aus dem Stadtbezirk Berlin verbannt.

Krüger-Sagan.

K. Heymann-Berlin: **Zur peroralen Luesprophylaxe.** W. kl. W. Nr. 29. 1926.

Verf. wendet sich gegen eine Notiz von Prof. *Oppenheim* in dieser Zeitschrift, nach der er es für einen Kunstfehler halte, nicht in allen Fällen, wo nur die Möglichkeit einer Infektion bestehe, sofort Stovarsol prophylaktisch zu geben. Verf. verweist darauf, daß er bestimmte Gruppen aufgestellt habe, die für diese prophylaktische Behandlung in Frage kämen. Es handelt sich dabei hauptsächlich um Personen, die beim Geschlechtsverkehr Infektionen erlitten haben, sei es nun Gonorrhöe, Ulcus molle oder banale Ulzerationen am Genitale. Verf. hält die Verbreiterung der

Digitized by Google

Indikation für das Einleiten einer Prophylaxe für notwendig, weil er glaubt, daß wir in dem Stovarsal oder Spirozid ein Mittel haben, das im frühen Stadium den Ausbruch der Infektion verhindern kann. *Krüger*-Sagan.

Radbill: **Einjährige Erfahrungen an der Fürsorgestelle zur Verhütung der Erkrankung an venerischen Krankheiten in Kiew.** Venerologia u. Dermatologia 1926. Nr. 4.

Die Mehrzahl der 1323 Personen, welche die Fürsorgestellen aufsuchten, blieb nach den Nachforschungen des Leiters derselben verschont von einer Infektion mit venerischen Krankheiten. *A. Jordan*-Moskau.

Schwarzmann: **Bericht über die Tätigkeit der Dagestanschen venerologischen fliegenden Kolonne.** Venerologia u. Dermatologia 1926. Nr. 4.

Die vom Volkskommissariat für das Gesundheitswesen in RSFSR im Jahre 1925 in den Sammurschen Bezirk im südlichen Teil von Dagestan ausgesandte Kolonne untersuchte die Bewohner von 17 Dörfern, d. h. 5044 Personen. Es schwankte die Prozentzahl der Syphilitischen zwischen 3 und 20%. *A. Jordan*-Moskau.

Morin: **Essay sur l'histoire des Préservatifs de la Syphilis.** Ann. m. vén. 1926. 5.

Die persönliche Syphilisprophylaxe wird vom ersten Auftreten der Syphilis 1496 bis in unsere Tage bezüglich der in medizinischen und aftermedizinischen Kreisen gebräuchlichen Prophylactica abgehandelt.

Guth-Zürich.

Terskich: **Zur Frage der persönlichen Prophylaxe bei Syphilis.** Moskowski Medicinski Journal 1926. Nr. 10.

Im Sommer 1922 wandte sich ein 32 jähriger Mann mit seiner 19 jährigen Mätresse an den Verfasser wegen Furcht vor Infektion mit Syphilis. Er gab an, zwei Wochen mit der Person zu leben, welche in der Tat bei der Untersuchung nässende Papeln an den Genitalien in reichlicher Menge aufwies. Der Mann selber erwies sich als gesund. Er erhielt sofort eine einzige Injektion von 0,6 NS in die Vene und blieb zwei Jahre in Beobachtung des Verf. In dieser Zeit zeigten sich nicht die geringsten Zeichen von Lues, und die Wa.-R. blieb stets negativ. *A. Jordan*-Moskau.

E. R. Palmers: **Das Problem der Geschlechtskrankheiten.** The Urol. a. Cutan. Review 1926. Bd. 30. Nr. 9. S. 523.

Während früher durch die Rezidive der Syphilitiker immer wieder an seine Krankheit erinnert wurde, hält er sich heute infolge der modernen Behandlung zu früh für geheilt. Der Charakter der Lues hat sich insofern geändert, als sie heute mehr eine Erkrankung der inneren Organe, des Blut- und Nervensystems, ist, da die Hauterscheinungen ja bald verschwinden. Die Gonorrhöe verläuft auch schwerer, weil durch die größere Promiskuität die Gonokokken öfters frischen Nährboden finden, wodurch die Virulenz gesteigert wird. Nach der Abschaffung der „red light districts" haben sich die geheime Prostitution und damit auch die Geschlechtskrankheiten weiter verbreitet. Eine Regulierung und Kontrollierung der Prostitution sollen der Gesundheitsbehörde unterstehen, nicht der Polizei. In einem konzessionierten Hause sollten Frauen und Männer untersucht werden. *August Simon*-Bonn.

Digitized by Google

Cowen: **Prinzipien der Behandlungen von Wa.-R.-beständiger Syphilis.** Urol. a. cut. review 1926. Bd. 30. Nr. 4. S. 206.

Wiederholte Behandlungszyklen von Salvarsan, Wismut und Hg-Schmierkuren. Liquoruntersuchung! Evtl. unspezifische Eiweißtherapie.

August Simon-Bonn.

Joseph: **Vorschlag zur Lösung der Frage, ob die Ehefrau eines frisch infizierten Mannes sofort nach der Infektionsmöglichkeit antisyphilitisch behandelt werden soll.** D. m. W. 1926. Nr. 30.

Verf. läßt 7 Tage lang Spirozid nehmen, Männer 4, Frauen 3 Tabletten in Wasser gelöst eine Stunde vor dem Morgenfrühstück. Alle 4 Wochen etwa 6 Monate hindurch Kontrolle der Wa.-R. *O. Dittrich*-Kiel.

Mierzecki: **Zur Stovarsolfrage.** M. Kl. 1926. 45.

Behandelt 63 Fälle mit je etwa 65 Pastillen zu je 0,25 g (polnisches Präparat). Erfolg wie bei jedem guten Luestherapeutikum. Wichtig, daß Kranke an Gewicht zunehmen bis 8 kg. Beobachtet wurden von den unangenehmen Nebenerscheinungen wie Kopfschmerzen, Darmerscheinungen nichts, dagegen öfters Urtikaria und Erythem und Fieberkurven septischen Charakters. Bei Lichen ruber und Psoriasis erfolglos. Auffallend ist, daß die Stovarsolwirkung bei den verschiedenen Kranken sehr schwankt, was wohl mit den resorbierenden Darmverhältnissen zusammenhängen dürfte.

Siegfried-Aachen.

Hilgermann: **Die Behandlung der Lues mit nativem Spirochätenmaterial.** M. m. W. Nr. 24. 1926.

Nach Ansicht des Verf. hängt die Dauerheilung bei der Syphilis wie bei jeder anderen Infektionskrankheit letzten Endes von den Immunisierungsvorgängen im Organismus ab. Deshalb muß das therapeutische Bestreben darauf gerichtet sein, die Schutzstoffbildung des Organismus auf vakzinetherapeutischem Wege anzuregen. Nur wenn bei latenter Lues vor der Salvarsankur, im Primär- und Sekundärstadium mindestens gleichzeitig die Abwehrstoffe des Organismus angeregt werden, kann der Körper die Abkapselung von Spirochätenherden verhindern oder mit bereits abgekapselten Herden fertig werden. Als Maßstab des Immunitätsgrades des Organismus ist die Luetinreaktion anzusehen, die im Stadium der Sekundärerscheinung stark positiv, bei spätsyphilitischen Prozessen nur angedeutet oder negativ ausfällt. Um nun eine negative Luetinreaktion in eine positive zu verwandeln, spritzte der Verf. natives spirochätenhaltiges Material, das er aus stark gereizten Primäraffekten, Lymphdrüsenpunktaten oder aus mit physiologischer NaCl-Lösung zerriebenem Kondylommaterial erhielt, in einer Dosis von 0,05 bis 0,2 ccm intrakutan oder intramuskulär ein. Bei längerer Aufbewahrung wurde dem Material eine 5% ige Karbolsäurelösung zugesetzt. Im Sekundärstadium verlief die Reaktion auf die Injektion meist sehr stürmisch mit starken Allgemeinerscheinungen und knotiger Infiltration an der Injektionsstelle. Bei Späterkrankungen, im Stadium der Verarmung an Schutzstoffen, war die Reaktion zunächst milde, bei wiederholten Injektionen wurde sie immer stärker, d. h. der Körper mußte mit Bildung von Immunkörpern reagiert haben. Verf. hat diese kombinierte Behandlung mit nativem Eiter und Salvarsan gerade

Digitized by Google

bei solchen Patienten mit sichtbarem Erfolg angewandt, bei denen die bisherigen chemotherapeutischen Mittel allein versagt hatten oder kontraindiziert waren. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

Mayer-Mainz: **Pharmakologische Notizen über saponinhaltige Antiluetica.** A. f. Derm. 150. S. 26.

Das einzige vegetabilische Antiluetikum, das sich heute noch einiger Beliebtheit erfreut, ist die Sarsaparilla, Wurzel von verschiedenen Smilaxarten. Wirksam sind die verschiedenen Saponine (Sarsaponin, Parillin u. a.), welche fähig sind, die Pepsinwirkung aufzuheben. Wo seine Benutzung verbreitet ist, dürfen die Kranken während der mehrere Wochen dauernden antiluetischen Kur zwecks Schonung der Niere nichts Salziges essen und nur wenig Fleisch. Die antiluetische Wirkung der Sarsaparilla beruht in erster Linie auf Diurese, die noch gesteigert wird durch erhöhte Zuckerzufuhr. Sarsaponin, intravenös appliziert, veranlaßt Darmblutung. Da die Saponine eine Untergruppe der Glykoside darstellen, werden glykosidhaltige Drogen auch als Antiluetica verwendet. In erster Linie kommt Aloe in Betracht, dann Dulkamara, Akonit und Konium.

Zemplenyi-Hamburg.

E. Finger-Wien: **Prinzipielles zur Syphilisbehandlung.** W. kl. W. Nr. 38. 1926.

Solange man sich darauf beschränkte, nur die sichtbaren Symptome der Lues zum Verschwinden zu bringen, waren die vorhandenen Heilmittel (Salvarsan, Hg, Jod) ausreichend. Aber der Ausbau der biologischen Untersuchungsmethoden hat gezeigt, daß es noch eine große Zahl von Luetikern gibt, die zwar klinisch ohne Erscheinungen sind, aber eine beginnende Tabes oder Aortitis haben, zu deren Beseitigung die spezifischen Medikamente nicht ausreichen. Bei diesen Fällen zeigte sich, daß eine Kombination der Antisyphilitika mit unspezifischen Heilmitteln (Fieber, Malaria) bessere Erfolge erzielt. Es empfiehlt sich daher gleich auch bei der frischen sekundären Lues, beide Methoden zu kombinieren, und die Erfahrungen von *Kyrle* haben gelehrt, daß man sekundäre Lues mit einer einzigen Salvarsan-Malariakur in relativ kurzer Zeit, etwa 10—12 Wochen, definitiv ausheilen kann. *Krüger*-Sagan.

U. Brocq-Paris: **Allgemeine Betrachtungen über die augenblickliche Behandlung der Syphilis in Frankreich.** The Urol. a. Cut. Review. 1926. V. 30. Nr. 5. S. 273.

Fast alle französischen Dermatologen stehen auf dem Standpunkt, daß die organischen Arsenverbindungen wirksamer sind als die Wismut- und Hg-Verbindungen. *Milian* gibt folgende Skala der Wirkungsgrade: Arsenobenzole 10, Bi-Verbindungen 7, Hg-Verbindungen 4.

Schon 1901 empfahlen *Civatte* und *Fraisse* den Gebrauch von Arsen bei bestimmten Formen der Lues. Nach der revolutionierenden Entdeckung von *Ehrlich* glaubte man auch in Frankreich zuerst an die Therapia sterilisans magna, um aber bald davon abzukommen. Trotzdem halten auch heute noch die meisten Syphilidologen an 606 und 914 fest. Ikterus ist bei intramuskulärer Anwendung seltener als bei intravenöser. *Brocq* beginnt mit kleinen Dosen. Bi hat große Vorteile, steht in seiner Wirkung

Digitized by Google

zwischen Arsenobenzol und Hg. Es müssen weitere Anstrengungen gemacht werden, eine allerbeste Substanz zu finden, über deren gute Wirkung keine Zweifel bestehen. *August Simon*-Bonn.

Umfrage über die Behandlung der Syphilis. Med. Kl. 25: 49, 50, 51. 26: 1, 3, 4, 6, 9.

Die Med. Kl. hat an führende Dermatologen eine Umfrage gerichtet mit zehn Hauptfragen und verschiedenen Unterfragen, die beantwortet wurden. Vor allem kam es wohl darauf an, etwas über den Stand der Prophylaxe zu erfahren und die Frühbehandlung mit Hilfe der neuen Methoden. Nur sei kurz bemerkt, daß fast alle zur Prophylaxe das Spirozid empfehlen. Weiter, während der positive Wassermann in den früheren Stadien eine Indikation für weitere spezifische Kuren ist bis zum Negativwerden, braucht man in Spätstadien keinen so hohen Wert mehr auf das Negativwerden zu legen, sondern soll sich im Notfall mit der klinischen Kontrolle begnügen. Bei Lues der Säuglinge ist immer die Mutter spezifisch zu behandeln. *Siegfried*-Aachen.

Urbach-Wien: **Die Wismutbehandlung der Syphilis.** Sammelreferat. M. Kl. 1926. 31. *Siegfried*-Aachen.

N. L. Rosenberg: **Wismut bei Syphilis.** The Urol. a. Cutan. Review 1926. Bd. 30. Nr. 8. S. 456.

Wismut wirkt besser als Hg, ist aber gleichwertig dem Arsen. Verf. verfügt aber nur über eine zweijährige Erfahrung der Wismutbehandlung. *August Simon*-Bonn.

J. U. Grund: **Der Wert des Wismuts bei arsen- und quecksilberresistenter Syphilis.** Urol. a. cut. review 1926. Bd. 30. Nr. 5. S. 284.

Da Wismutresistenz nur selten vorkommt, sollte bei der kombinierten Behandlung mit Salvarsan das Hg durch Wismut ersetzt werden. *August Simon*-Bonn.

V. Feldmann: **Über die Toxikologie einer Wismutverbindung der Reihe der Wismutate.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 6. 1926.

Toxizitätsprüfungen eines neuen russischen Wismutpräparates *Bijochinol* mit günstigem therapeutischen Index. *Zurhelle*-Bonn.

Weitgasser: **Über Wismutausscheidung nach intramuskulärer Bismosalvaninjektion.** M. Kl. 1926. 34.

Bismosalvan der Firma Gedeon enthält außer Bi noch Chinin und Jod. Kombiniert mit Salvarsan will Verf. in seinen einjährigen Versuchen nur in wenigen Fällen Rezidive gesehen haben. Das gilt wohl auch von allen andern Bi-Präparaten. Das Bismosalvan aber soll fast schmerzlos sein, keine Infiltrate machen, auch keine Nierenschädigung, Stomatitis, Darmerscheinungen usw., daher äußerst angenehm für Kranke und Arzt sein. Am dritten Tage nach Injektion röntgenologisch an Ort und Stelle nichts mehr nachzuweisen. Ausscheidung vor allem durch Nieren, aber auch Fäzes, Speichel usw. Noch 4 Monate nach letzter von 12 Injektionen zu je 2 g Bi. im Harn. Demnach wird beim Bismosalvan Bi schnell resorbiert und nur sehr langsam ausgeschieden. *Siegfried*-Aachen.

Digitized by Google

Kretzmer-München-Gladbach: **Kurze Mitteilung über Salluen.** M. K. 1926. 12.

Salluen ist eine Adsorptionsverbindung von Bi. und As mit kolloidem organischem Komplex nicht eiweißartiger Natur der Firma Imhausen & Co. in Witten a. Ruhr. Anwendung intramuskulär und intravenös. Es solle wohl evtl. Salvarsan ersetzen. Verf. hat nur 4 Fälle von Lues I und II intramuskulär behandelt und will nur in einem Falle ein besonders schnelles Zurückgehen der sichtbaren Symptome gesehen haben. Da weiter die Injektionen ziemlich schmerzhaft waren, bei einem Patienten trotz fehlerloser Technik sogar ein sehr schmerzhaftes, bretthartes Infiltrat an der Injektionsstelle sich zeigte, so möchte Verf. sich der intramuskulären Applikation obigen Mittels gegenüber zurückhaltend zeigen.

Siegfried-Aachen.

Rottmann: **Prostitution und Wismuttherapie.** M. Kl. 1926, 38.

In dieser Arbeit befaßt sich Verf. mit den ziemlich unbefriedigenden Resultaten der Prostitutionsbehandlung, die am Krankenmaterial selbst liegt, da die Prostituierten nur sehr schwer dazu zu bringen sind, ihre Behandlung bis zur definitiven Heilung durchzuführen. Erst der durch die neue Gesetzgebung zu erhoffende Zwang ist geeignet, hier eine Besserung anzubahnen. Um wenigstens in der zur Verfügung stehenden Zeit das bestmögliche zu erreichen, hat Verf. besonders große Wismutdosen gegeben und zwar die doppelte Menge dessen, was bisher gebräuchlich war, ohne daß er irgendwelche unangenehme Nebenwirkung gesehen haben will. Was den schlechten Erfolg der teils auch zusammen mit Neosalvarsan kombinierten Kur betrifft (von 166 ausgiebig behandelten Kranken hatten nur 25 am Ende der Kur negative Seroreaktion), so sind hierfür auch die üblen Lebensgewohnheiten der Prostituierten verantwortlich zu machen mit ihrem Alkohol- und Nikotinmißbrauch und Nachtleben. *Siegfried*-Aachen.

F. Dietel-Erlangen: **Über die Nierenschädigung durch Wismut.** Bemerkungen zu der gleichnamigen Arbeit von *W. Lichtenberg* in der Derm. Woch. Nr. 22. Derm. W. Bd. 83. Nr. 44.

Verf. betont im Gegensatz zu *Lichtenberg*, daß jedem Nierenbefund bei der Wismutbehandlung Beobachtung geschenkt werden muß, wenn auch etwa auftretende Epithelurie kein Grund zum Aussetzen der Behandlung ist. Es muß aber vor jeder Injektion der Urin genau untersucht werden, um gefährdete Personen rechtzeitig von der weiteren Behandlung ausschließen zu können. *Krüger*-Sagan.

E. Sonnenberg-Lodz: **Beitrag zur Frage der Resorption von subkutan eingespritztem Magisterium Bismuti auf Grund von röntgenographischen Untersuchungen.** D. W. Bd. 83. Nr. 36. 1926.

Verwandt wurde zu den Untersuchungen Magisterium Bismuti (Bismut. subnitric. in 10% öliger Suspension), das in der Gesamtmenge von 15 ccm, in 3—5 tägigen Intervallen injiziert wurde. Röntgenologisch konnten in einzelnen Fällen noch nach 90 Tagen Depots nachgewiesen werden. Die Beobachtung der einzelnen Depots ergab, daß die Resorption gewöhnlich ziemlich gleichmäßig von statten geht und das Wismut wohl etwas in die Umgebung verschleppt wird, aber im allgemeinen vom Orte der Einbringung aus resorbiert wird. Die Resorption steigt zunächst allmählich an, hält

Digitized by Google

sich dann auf einer gewissen Höhe, um dann wieder allmählich abzusinken. Selbst auf der Höhe der Resorption hält sich die tägliche Menge in normalen Grenzen (0,02 reines Bi), so daß es niemals zu einer Überschwemmung des Organismus mit Bi kommt. Dieser Art der Resorption entspricht auch die klinische Wirkung des Wismuts. Langsam und allmählich verschwinden die Symptome und relativ spät erfolgt der Umschlag der Wa.-R. Diese Untersuchungen bestätigen die Richtigkeit der meist allgemein geübten Behandlung mit unlöslichen Wismutverbindungen. *Krüger*-Sagan.

R. Reitler-Prizren: **Über die Behandlung der Malaria mit Kadmiumpräparaten.** (Vorläufige Mitteilung.) W. kl. W. Nr. 33. 1926.

Angewandt wurde intravenös das Präparat 716 B. mit 1% Cd-Gehalt und intramuskulär Cadmiol mit 5% Cd-Gehalt, beide Präparate werden von der Firma Heyden hergestellt. Bei der intravenösen Anwendung stellten sich als Nebenwirkung Dyspnöe, Gesichtsödem und schleimige Diarrhöen ein, weshalb auf die weitere Verabfolgung verzichtet wurde. Cadmiol wurde meist 2 mal wöchentlich intramuskulär gegeben, als erste Dosis 0,5, dann 1,0 ccm. Außer starker lokaler Schmerzhaftigkeit und manchmal auftretender geringer Temperatursteigerung machten sich keine Nebenerscheinungen bemerkbar. Ein Teil der Pat. lehnte die Fortsetzung der Behandlung wegen der örtlichen Schmerzen ab. Als Ergebnis auf den Verlauf der Malaria konnte festgestellt werden, daß fast stets prompt die Temperatur beeinflußt wurde und absank. Die Parasiten wurden dagegen bedeutend weniger beeinflußt, es kam wohl manchmal zum vorübergehenden Verschwinden derselben aus der Zirkulation. Trotz ihres Vorhandenseins kam es meist nicht mehr zu Anfällen, wohl ein Beweis dafür, daß die Parasiten in ihrer pathogenen Funktion irgendwie geschädigt sind. Vielleicht ist es möglich, durch längere Kadmiumbehandlung die Parasiten völlig zum Verschwinden zu bringen oder vielleicht läßt sich dieses Ziel durch Kombinationsbehandlung mit Chinin schneller und besser erreichen. *Krüger*-Sagan.

A. Hallermann: **Über Erfahrungen mit dem Jodpräparat „Jodisan".** Münch. med. Woch. Nr. 25. 1926.

Jodisan ist eine organische Jodverbindung, die subkutan, intramuskulär oder intravenös in einer Dosis von ½ bis 2 ccm bis zu einer Gesamtmenge von 100 ccm täglich oder 2 mal täglich verabfolgt wird. Es ist im allgemeinen frei von unangenehmen Nebenerscheinungen. Bei der Behandlung des akuten Anfalls des Bronchialasthmas und häufig auch bei der Behandlung der Gefäßlues scheint es den andern Jodpräparaten überlegen zu sein. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

Lange: **Über Jodisan. (Gleichzeitig ein Beitrag zur Behandlung syphilitischer Gelenkerkrankungen).** M. K. 1926. 44.

Bei tertiärer Lues werden oft spezifische Gelenkerkrankungen nicht gebührend gewürdigt. Es handelt sich in solchen Fällen um eine produktive Entzündung bei teigiger, meist doppelseitiger Schwellung mit oft schwer nachweisbarem aber vorhandenem Gelenkerguß. Verf. hat nun außerdem neuerdings mehrere Male spezifische Kiefergelenkentzündungen behandelt, die zwar keine großen Beschwerden machten, wohl aber durch lautes Knacken beim Kauen störten. Gelegentlich beide Seiten befallen. All diese Fälle wurden durch intramuskuläre Injektionen von Jodisan, alle drei

Digitized by Google

Tage, sehr schnell geheilt, während sie auf Salvarsan oder Bi nur zögernd ansprachen, wenn überhaupt. Auch bei sonstigen viszeralen Lueserscheinungen hat sich Jodisan dem Verf. sehr bewährt. Jodismus niemals.

Siegfried-Aachen.

Joseph: **Einige Gesichtspunkte zur Luestherapie, mit besonderer Berücksichtigung der Hg-Inhalationsbehandlung.** M. Kl. 1926. 34.

Wenn man dem Salvarsan auch unbestritten den Wert eines symptomatischen und spiroziden Mittels zusprechen muß, so ist doch noch nicht klar, ob die Salvarsanbehandlung der manifesten Lues nicht eine Schädigung der Hautimmunität zur Folge hat. Deswegen hat Verf. sich der früher geübten milderen Behandlung der Lues mit Schwermetallen wieder zugewandt, die in jahrhundertlanger Erfahrung ohne Störung der Hautimmunität sich vollzieht. Vor allem hat Verf. die uralte Behandlung der Hg-Inhalation versuchsweise wieder aufgenommen mit einem von *Spuhl*-Friedenau angegebenen Hg.-Inhalationsapparat. Verf. sieht in dieser Art Inhalation nur eine bescheidene Bereicherung unseres antisyphilitischen Rüstzeugs, höchstens nur einen Notbehelf bei schwächlichen Kranken, denen die Schmierkur eine Qual sein könnte, ferner für schmerzempfindliche und spritzenscheue Patienten. *Siegfried*-Aachen.

Buchbesprechungen.

J. Jadassohn, *Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten,* im Auftrage der Deutschen Dermatol. Gesellsch. herausgegeben gemeinsam mit *G. Arndt, B. Bloch, A. Buschke, E. Finger, E. Hoffmann, C. Kreibich, F. Pinkus, G. Riehl, L. v. Zumbusch. Bd. I. Teil 1:* Anatomie der Haut. Berlin 1927. Jul. Springer. 87 ℳ, in Halbleder geb. 93 ℳ.

F. Pinkus, W. Spalteholz und *B. Bloch* haben der lange und mit Spannung erwarteten Zusammenfassung von Wissen und Forschung der deutschen Dermatologie den wohlgelungenen verheißungsvollen Auftakt gegeben. Wie *Jadassohn* im Vorwort betont, war schon 1912 geplant, dem neuen wirklich ganz umfassenden Werke ein reiches Bildermaterial beizugeben, um es vor dem damals schon in manchen seiner Teile veralteten *Mraček*schen Werke auszuzeichnen. Das ist in hohem Maße schon im vorliegenden Bande geschehen, und der Verlag von *J. Springer* hat, wie man es ja erwarten durfte, die Reihe seiner verdienstvollen Erzeugnisse um ein Werk gediegenster Ausstattung vermehrt.

Auf 378 Seiten, an Hand von 336 Abbildungen, bespricht *Pinkus* die normale Anatomie der Haut. Mit Bewunderung muß man die umfassende Darstellung anerkennen. Die Entwicklungsgeschichte und vergleichende Anatomie, die Klinik anormaler Bildungen, die Histologie der Haut sind von immer wieder neuen und überraschenden Gesichtspunkten mit der Originalität und Sachkenntnis des auf den meisten Gebieten erfolgreichen Spezialforschers dargestellt. Die Liebe des Sammlers hat eine seltene Zahl wichtiger Abbildungen über die Bildungsfalten der Haut hinab bis zu den Papillarleisten der Hände und Füße (der Herzlinie, Schicksalslinie, Lebenslinie usw.) zusammengetragen; ebenso über die Spaltrichtungen der Haut und die feine Hautfelderung. Die Histologie der einzelnen Bestandteile der Haut und ihrer Anhangsgebilde ist durch seltene entwicklungsgeschichtliche Präparate, histologische Bilder und

Digitized by Google

schematische Darstellungen einfarbiger und bunter Modelle von den verschiedensten Seiten beleuchtet und in tiefgründigster Gelehrsamkeit lehrreich zur Darstellung gebracht.

Die Darstellung der Blutgefäße der Haut von *Spalteholz* ist von gleicher Vollendung und ist in gleicher Weise mit instruktiven Abbildungen geschmückt.

Bloch hat die Summe der Pigmentforschungen, die von ihm und seinen Schülern mit neuen Methoden gefördert wurden, in einer allgemeinen und speziellen Pigmentlehre umfassend und kritisch von chemischen, biologischen und pathologischen Gesichtspunkten zu einer neuen wohlfundierten Basis unseres Wissens verarbeitet. Vorkommen und Eigenschaften des *Melanins*, die Darstellung und Chemie der *Melanine* sind handbuchmäßig dargestellt; bei der *Melanogenese* sind die *fermentative Pigmentbildung* (Tyrosinase, Dopaoxydase), die *chemische Beschaffenheit der Melanogene* (Tyrosin, Brenzkatechinderivate, Tryptophan, Pyrrolderivate) und die *Morphologie der Pigmentbildung* ins einzelne gehend berücksichtigt.

Besonderes Interesse verdienen die Ausführungen über die Langerhansschen Dendritenzellen, wobei *Bloch* ausführlich auf die von *Masson* und *Pautrier* aufgestellte Theorie eingeht, daß diese Zellen zusammen mit dem retikulo-endothelialen Apparat des Koriums und den übrigen (nicht dendritischen) pigmenthaltigen Zellen der Epidermis ein kommunizierendes, „trophomelanotisches" Netz bilden mit der Aufgabe, den Stoffwechselaustausch zu bewerkstelligen. *Bloch* schließt sich dieser Lehre nicht an. Vielmehr nimmt er an, daß die Dendritenzellen der Abstammung nach eine von den übrigen Basalzellen verschiedene Zellart repräsentieren, die in einem sehr frühen (propigmentären) Embryonalzustand in den Epidermiszellverband aufgenommen wurde und eine erhöhte Pigmentbildungsfähigkeit besitzt. Sehr klar dargestellt ist ferner der Unterschied zwischen *Mongolenzellen* oder *kutanen Melanoblasten* der tiefen Kutisschichten mit positiver Dopareaktion und den höher gelegenen *Chromatophoren* ohne diese Reaktion. Ebenso sei die Abhandlung über die *Entstehung* und *Bedeutung der Chromatophoren* als pigmentphagozytierende Bindegewebszellen des Koriums hervorgehoben.

Von großem Wert sind die diesem Kapitel beigegebenen vorzüglich wiedergegebenen farbigen Abbildungen von Präparaten der Dopareaktion in Basalzellen und Melanoblasten sowie von Präparaten durch Vergoldung dargestellter „Langerhansschen Zellen". Die Pigmentation der Haare, Naevi und malignen Melanome beschließt den speziellen Teil seines so inhaltreichen Beitrages. *Zurhelle* (Bonn).

J. Jadassohn: *Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.* Bd. 19. *Kongenitale Syphilis,* bearbeitet von *G. Alexander, H. Boas, C. Hochsinger, J. Igersheimer, P. Kranz, R. Ledermann, F. Lesser, Erich Müller, H. Rietschel, L. v. Zumbusch.* Mit 95 zum Teil farbigen Abbildungen. Berlin 1927. Julius Springer.

Der 19. Band des *Jadassohn*schen Handbuches enthält, von berufener Seite bearbeitet, die kongenitale Syphilis.

In einer außerordentlich eingehenden Studie behandelt *Rietschel* die allgemeine Pathologie. In vielen kleinen Unterabschnitten diskutiert er die serologischen und immunbiologischen Fragen, die zur kongenitalen Syphilis in Beziehung stehen (Infektion vom Vater, Collessches Gesetz, Profetasches Gesetz). Ebenso eingehend werden unter Berücksichtigung des serologischen Verhaltens und der Spirochätenbiologie die Übertragungs-

Digitized by Google

möglichkeiten besprochen und zum Schluß das Übergehen der Syphilis auf die dritte Generation abgehandelt.

Die Klinik der kongenitalen Lues, soweit sie Haut und Schleimhaut betrifft; Diagnose, Prognose und Behandlung stellt *Ledermann* dazu kurz dar. Die schönen farbigen Abbildungen sind zum großen Teil dem Lehrbuch von *Finkelstein-Galewsky-Halberstaedter* entnommen.

Hochsinger behandelt dann ausführlich die kongenitale Syphilis der inneren Organe. Er zeigt an diesen die Spirochätenbefunde und die pathologischen Veränderungen auf und behandelt zugleich das Zentralnervensystem und die zahlreichen krankhaften Zustände, die die Syphilis an den Knochen des angeboren syphilitischen Kindes hervorruft (Röntgenbilder).

In kürzeren Beiträgen werden dann die kongenital syphilitischen Veränderungen des Auges von *Igersheimer*, der hier eine kurze Übersicht seines rühmlichst bekannten Werkes „Syphilis und Auge" (vgl. Bd. 17, 2) gibt, und die Bedeutung der kongenitalen Lues für das Ohr von *G. Alexander* besprochen.

Die zahlreichen Veränderungen an den Zähnen diskutiert *Kranz* gründlich und führt viele der der Syphilis zugesprochenen Zahndeformitäten auf ihre ebensooft nichtluetische Entstehungsursache zurück.

Die Diagnose und Prognose der angeborenen Syphilis setzt *von Zumbusch* in zwei kurzen Kapiteln auseinander. Neben den klinisch wichtigen syphilitischen Symptomen und denen, die mit mehr oder weniger Berechtigung als syphilitisch angesprochen werden, werden die objektiven Untersuchungsmethoden (Plazentabefunde, Spirochätenuntersuchungen) angeführt und als für die Prognose wichtigstes Erfordernis die rechtzeitige Behandlung der Mutter oder noch besser die Verhinderung der Konzeption vor vollkommener Heilung hingestellt.

Die Serologie der angeborenen Syphilis handelt *F. Lesser* ab, der erst die Technik der Abnahme, die Retroplazentaruntersuchung und schließlich theoretische und praktische Bedeutung des serologischen Blutbefundes bei Mutter und Kind diskutiert. Einige kurze Notizen über Liquorbefunde und über die für die praktische Beurteilung so außerordentlich wichtigen Schwierigkeiten in der Beeinflussung der positiven Seroreaktionen bei der kongenitalen Lues beschließen diesen Beitrag.

Das wichtigste Kapitel der Behandlung der kongenitalen Syphilis ist von *E. Müller* kurz, aber inhaltsreich auf ca. 1½ Bogen dargestellt. Nicht nur auf die historischen Dinge und auf die Verwendung der einzelnen Antiluetika (das Schema der Müllerschen Kombination von Neosalvarsan mit Kalomel sei besonders erwähnt), sondern auch auf die neuen Behandlungsweisen — Reiztherapie, Malaria — wird kurz eingegangen und schließlich auf die wichtigen allgemeinen Probleme der Behandlung hingewiesen.

Von größter praktischer Bedeutung ist der Schlußbeitrag von *Boas* über die Prophylaxe der angeborenen Syphilis, in welchem die in der Literatur niedergelegten Ansichten, besonders aber des Autors eigene Meinung über die vielen in klinischer, eugenischer und juristischer Beziehung wichtigen Fragen (Graviditätsbehandlung! Heiratskonsens!) gründlichst gesprochen wird.

Ausstattung und Bildmaterial dieses schönen Handbuchbandes sind wie bei den anderen bisher erschienenen Bänden des großen Werkes ausgezeichnet. *Edmund Hofmann* (Frankfurt a. M.).

Digitized by Google

V. Kafka: *Taschenbuch der praktischen Untersuchungsmethoden der Körperflüssigkeiten bei Nerven- und Geisteskrankheiten.* 3. Aufl. Berlin 1927. Jul. Springer. Pr. Mk. 6,60.

Die neue Auflage hat neben manchem anderen die Zisternenpunktion, die Bestimmung der Wasserstoffionenkonzentration und die Trübungsreaktionen neu aufgenommen. Für den Dermatologen dürfte bei der zuverlässigen Darstellung aller Blut- und Liquoruntersuchungsmethoden die Differentialleukozytenzählung nach *V. Schilling* mit Abbildung einer Differentialzähltafel, Blutgruppenbestimmung und Luetinreaktion besonderes Interesse verdienen. Weiter sei hervorgehoben ein Kapitel über die praktische Bedeutung der Untersuchungsmethoden und die Kontrolle der Behandlung, wobei auch Herxheimersche Reaktionen der Meningen im Laufe der Salvarsanbehandlung Berücksichtigung finden, die sich im Stärkerwerden eines schwach positiven Befundes bis zu jenem Grade äußern, wie er bei frischer Lues cerebri vorkommt. *Zurhelle* (Bonn).

W. Frieboes: *Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten; zugleich ein Lehrbuch.* In 14 Lieferungen. Lieferung 1. F. C. W. Vogel, Leipzig 1927.

Obwohl wir eine Anzahl von trefflichen Lehrbüchern und Atlanten besitzen, hat sich der rührige Leiter der Rostocker Hautklinik entschlossen, einen neuen, zugleich als Lehrbuch dienenden Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten herauszugeben. Schon sein und *Morals* Atlas der Mundkrankheiten zeigte uns die Reichhaltigkeit seiner Moulagensammlung, deren kostbare und kunstvollendete Stücke aus der Hand von Fräulein *Kaltschmidt* ihn wohl veranlaßt haben, diese seine Schätze weiteren Kreisen der Ärzteschaft und der Studierenden zugänglich zu machen. Um die Anschaffung eines solchen groß angelegten Werkes zu erleichtern, hat der Verlag das Erscheinen in monatlichen Lieferungen gewählt, von denen 14 zu Mk. 10.— (oder bei Vorbestellung zu Mk. 8.—) den gesamten Stoff meistern werden. Das erste Heft mit 15 großen Tafeln und 48 Textseiten liegt vor, während das ganze Werk 210 Tafeln mit 400 meist farbigen Abbildungen und 42 Textbogen in Folioformat umfassen soll. Die Wiedergabe der vorzüglichen Moulagen auf Dickdruckpapier ist ausgezeichnet gelungen und auch die Auswahl der Krankheitsbilder mit großer Sorgfalt getroffen; in seiner Reichhaltigkeit erinnert das Werk an den bekannten Atlas von *Ehrmann*, nur daß die Wiedergabe der Krankheitsbilder hier sowohl der Künstlerin wie auch entsprechend dem Fortschritt der Technik dem Verlag weit naturgetreuer gelungen ist.

Im Text wird auf eine erschöpfende Darstellung aller in Fluß befindlichen und strittigen Fragen bewußt Verzicht geleistet, aber doch weitgehend alles berücksichtigt, was der Arzt und Studierende kennen muß. Ein einleitendes Kapitel behandelt in flüssiger Form die Effloreszenzenlehre und allgemeinen Untersuchungsmethoden, die biologische Bedeutung der Haut und die Stellung der Dermatologie in der Medizin. Dann folgt der erste große Abschnitt über die Ekzeme, der auch verwandte Leiden mit berücksichtigt und in zwangloser Weise auch die therapeutischen Ratschläge und allgemeinärztliche Gesichtspunkte überall einfügt.

Möge die Erwartung des Verfassers und Verlegers, daß dies so trefflich ausgestattete und groß angelegte Werk, das nach seinem Abschluß eingehender besprochen werden soll, nicht nur dem Studierenden und Facharzt, sondern auch dem allgemeinen Praktiker eine reiche und willkommene Quelle neuer

Digitized by Google

Belehrung werden möge, in Erfüllung gehen und die große Mühe und Arbeit lohnen. Seine Anschaffung kann auch in Anbetracht der vom Verlag gebotenen günstigen Bezugsbedingungen warm empfohlen werden. *E. H.*

Dr. **Bernsteins Merkbüchlein.** *Die Geschlechtskrankheiten.* Ärztliche Ratschläge für Männer, für Gesunde und Kranke. Selbstverlag.

In übersichtlicher Anordnung, knapper, allgemeinverständlicher klarer Fassung gibt Verfasser einen Überblick über Wesen, Bedeutung und Behandlung der Geschlechtskrankheiten. Die Erörterung der Ansteckungsgefahr, die Aufklärung über Selbstschutz und Selbstbeobachtung nach jedem Verkehr machen das Heftchen zu einem wertvollen Hilfsmittel im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten. Das Schriftchen sollte jeder Mann gelesen haben.

Wieler (Bonn).

Dr. **Paul Posner:** *Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.* Berlin. Fichtner & Co. Preis 1.— *RM.*

Durch das neue Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 26. 1. 1927 ist für den Arzt eine neue Basis für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten geschaffen worden. Die Auswirkung der einzelnen Paragraphen in der Praxis ist dem auf juristischem Gebiet meist wenig bewanderten Mediziner zum Teil unklar. Diesem Übelstand hat *Posner* in seiner Schrift Rechnung getragen. Neben den im Anhang angeführten gesetzlichen Bestimmungen gibt Verfasser einen ausgezeichneten Überblick über die praktische Auswirkung der einzelnen Paragraphen. Glücklich gewählte Beispiele orientieren uns über die Reichweite des Gesetzes. So ist es dem Nichtarzt zum Beispiel auch verboten, eine andere Erkrankung wie Katarrh oder traumatische Verletzung zu behandeln, wenn diese gerade die Geschlechtsorgane betrifft. Die klare Fassung und die allgemeinverständliche Darstellung erleichtern dem vielbeschäftigten Praktiker die Pflicht, sich mit den neuen gesetzlichen Bestimmungen vertraut zu machen. Das Buch sollte jeder Arzt besitzen.

Wieler (Bonn).

Vorläufiger Bericht über den 15. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft vom 4. bis 8. September 1927 in Bonn.

Nachdem schon seit vielen Monaten die Vorbereitungen unter Berücksichtigung aller in Betracht kommenden Einrichtungen getroffen worden waren, ist die Tagung zur allgemeinen Befriedigung und glatt verlaufen. Dies ist in erster Linie der zweckmäßigen Teilung der Arbeit und der vollen restlosen Hingabe meiner Mitarbeiter zu verdanken, von denen Herr Prof. *Zurhelle* den wissenschaftlichen Teil und allgemeine Fragen, Herr Dozent Dr. *Strempel* die Krankenvorstellungen und sonstigen Demonstrationen, Herr Dozent Dr. *Memmesheimer* die Wohnungssorge und die gesellschaftlichen Veranstaltungen, Ausflüge usw. und Herr Dr. *Klövekorn* die Ausstellung und das Pressebureau zu bearbeiten hatten.

Eine der schwierigsten Fragen war die Herstellung einer guten Akustik in der durch ihre musikalische Eignung so berühmten Beethovenhalle, über deren störende Überakustik auf dem im Mai d. J. abgehaltenen Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie lebhafte Klagen auch in der Fachpresse geäußert worden sind. Im Verein mit der Stadtverwaltung und besonders dem Herrn Beigeordneten Dr. *Meyer* ist es gelungen, durch Auf-

Digitized by Google

hängen großer Vorhänge und Legen von Läufern diese Schwierigkeit recht gut zu überwinden und obendrein das Aussehen des Raumes zu verschönern und intimer zu gestalten. Zugleich arbeitete das Kongreßbureau dank der hingebenden Vorarbeit der zwei Sekretärinnen Frau *Kaiser* und Fräulein *Frede* und der Unterstützung aller meiner Assistenten und des städtischen Verkehrsamtes ausgezeichnet, so daß einschließlich der Damen im Laufe der Tage etwa 600 Teilnehmer ohne Schwierigkeit untergebracht und mit allen Schriftstücken usw. wohl versorgt werden konnten.

Nachdem am Sonntag, den 4. September, eine Versammlung der Ordinarien an allen reichsdeutschen Universitäten und eine Ausschußsitzung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft vorangegangen waren, fand am Abend in den schönen Gesellschaftsräumen der Lese- und Erholungsgesellschaft bei günstigstem Wetter die Begrüßung der Teilnehmer statt, unter denen sich 65 ausländische Herren und etwa 20 ausländische Damen befanden. Durch diese Anteilnahme bekam der Kongreß noch weit mehr als die vorhergehenden einen gewissen internationalen Charakter, was als günstiges Zeichen der Wiederaufnahme kollegialer Beziehungen zwischen dem Ausland und uns begrüßt werden kann. Eine von Dr. med. hon. c. *Carl Menser* (Bonn) geschaffene mit Beethovens Bild und dem Stadtwappen gezierte Bronzemedaille wird allen Teilnehmern ein künstlerisch wertvolles Andenken an die Tagung bleiben.

Die *Eröffnungssitzung* am Montag, den 5. September, um 9 Uhr hatte einen besonders feierlichen Charakter, da im Anschluß an die Ansprache des Herrn Präsidenten Hofrat Prof. Dr. *Riehl* (Wien) und Begrüßung durch die Vertreter der Behörden, Ärzteschaft und Studentenschaft im Namen der hiesigen philosophischen Fakultät dem Nestor der deutschen Dermatologie Herrn Prof. Dr. *P. G. Unna* (Hamburg) die Auszeichnung als Dr. phil. hon. c. durch den Rektor Herrn Geheimrat *Meinhold* übermittelt wurde. Unter den Ehrengästen befanden sich auch Herr Regierungspräsident *Elfgen* (Köln), zugleich als Vertreter des Herrn Oberpräsidenten Dr. *Fuchs*, Herr Oberbürgermeister Dr. *Falk* und seine Beigeordneten, Herr Geheimrat *Duisberg* (Leverkusen), Herr Geheimrat *Paul Krause* (Münster), sowie die Dekane und Mitglieder der verschiedenen Fakultäten und Vertreter der Behörden. Nach diesen Ansprachen gedachte der örtliche Leiter Professor *Hoffmann* der 50jährigen Wiederkehr der Einführung eines regelmäßigen dermatologisch-venerologischen Unterrichts durch seinen Vorgänger Geheimrat Prof. *Doutrelepont*, an dessen Grab und Denkmal im Namen der Gesellschaft Kränze niedergelegt wurden, dann des 25jährigen Todestages des berühmten Pathologen *Rudolf Virchow*, welcher am 5. September 1902 starb, und endlich der besonderen Weihe, die dieser Kongreß dadurch erfährt, daß er im 100. Todesjahre des größten Sohnes der Stadt Bonn *Ludwig van Beethoven* hier tagt, weshalb als festlicher Auftakt für einen glücklichen Verlauf der Tagung das Andante cantabile aus dem B-dur-Trio von trefflichen Künstlern zu Gehör gebracht wurde. Dieser Eröffnungssitzung wie auch allen gesellschaftlichen Veranstaltungen wohnten stets die zahlreich erschienenen Damen bei.

Das *große wissenschaftliche Programm* begann mit ausgezeichneten tiefgründigen *Referaten über die Biologie und Pathologie der Röntgenstrahlenwirkung, für welche* die Herren Professoren *Grebe* (Bonn), *Meyer* (Bremen) und Dozent *Miescher* (Zürich) gewonnen waren. Durch gute Vorbereitung gelang es, diese noch in der Vormittagssitzung zum Abschluß zu bringen und eine Anzahl von Vorträgen anzuschließen und am Nachmittag das Thema mit

Digitized by Google

weitgehendster Aussprache zu Ende zu führen. In der dann folgenden *Generalversammlung* wurde *Königsberg* als nächster Kongreßort einstimmig bestimmt und neben den satzungsmäßig ausscheidenden Mitgliedern wurden die Herren Professoren *Arzt* und *Scholtz* in den Ausschuß für die uns durch den Tod entrissenen unvergeßlichen Professoren *Ehrmann* und *Kyrle* gewählt. Später folgte ein sehr stimmungsvoller *rheinischer Abend* in den großen Sälen des Bürgervereins, bei dem die Bonner Stadtsoldaten in ihrer farbenfrohen Uniform sogleich für eine freudige Feststimmung sorgten und die Herren Professor *v. Zumbusch* und Beigeordneter Dr. *Meyer* u. a. durch humorvolle Ansprachen diese noch steigerten. Über die folgenden Verhandlungstage, bei denen am Dienstagvormittag zahlreiche Vorträge und Demonstrationen über Syphilis, auch von Herrn Geheimrat *Kolle*, gehalten wurden, während am Nachmittag und Mittwoch dermatologische Probleme besprochen wurden, soll im nächsten Heft genau berichtet werden, ebenso über die etwa 85 seltenen Krankheitsfälle, deren Besichtigung dadurch erleichtert war, daß zwei Gruppen, und zwar eine in der Hautklinik, die andre im benachbarten Pathologischen Institut, gebildet wurden, die sich abwechselten. Bei dieser Gelegenheit wurde auch die Zysternenpunktion von Herrn Dr. *Memmesheimer* an einer ganzen Reihe von Kranken vorgeführt und die reiche *Moulagensammlung der Bonner Hautklinik* besichtigt, für die Herr Prof. *Zurhelle* mit Dr. *Wieler* und Dr. *Schmitz* ein sehr genaues, auch wissenschaftliche Arbeiten berücksichtigendes Verzeichnis angelegt hatte.

Am Dienstagnachmittag kurz nach 5 Uhr wurde eine *Dampferfahrt nach Andernach* mit festlicher Rheinuferbeleuchtung in Andernach, Königswinter, Godesberg und vor allem in Bonn bei schönem Wetter unternommen, die einen sehr stimmungsvollen Verlauf nahm und einen Höhepunkt der Tagung bedeutete.

Auch am Mittwochabend, zu dem die Vereinigung der rheinisch-westfälischen Dermatologen eingeladen hatte und bei dem Herr Prof. *Kreibich* (Prag) seine stets mit größter Spannung erwartete und mit allgemeiner Freude begrüßte geistsprühende Rede hielt und der bekannte Karnevalsdichter *Willi Ostermann* durch Vortrag seiner humorvollen Lieder alle Teilnehmer erfreute, herrschte eine sehr gehobene Stimmung, zumal da hier noch mehr als an den vorhergehenden Abenden Gelegenheit zum Tanz geboten wurde.

Am Donnerstag, den 8. September, fuhren etwa 230 Teilnehmer, darunter 35 Ausländer, nach *Aachen*, wo unter Teilnahme des Herrn Oberbürgermeisters *Farwick* und Herrn Regierungspräsidenten *Rombach* ein Festessen im Quellenhof stattfand, nachdem die unvergleichlichen historischen Denkmäler dieser Stadt, das *Rathaus* mit den Rethelschen Fresken und das *Münster* mit dem alten Thron Karls des Großen und vielen herrlichen Kunstschätzen besichtigt worden waren. Am Nachmittag folgte ein Besuch der Bäder und eine Ausfahrt in den Stadtwald, wohin der Aachener Ärzteverein zum Kaffee geladen hatte.

Auch noch am Freitag, den 9. September, beteiligten sich etwa 130 Kongreßteilnehmer an einem Ausflug in die weltbekannten Farbwerke in *Leverkusen*, wo sie viel Schönes und Interessantes sahen und wieder zu einem Festmahl in den schönen Räumen des dortigen Kasinos geladen waren, das durch geistvolle witzige Reden und andere Darbietungen gewürzt wurde.

Digitized by Google

Erst dann und zum Teil noch später zerstreuten sich die letzten Teilnehmer, die von dem Verlauf dieser Tagung begeistert und beglückt waren.

Für die *Damen des Kongresses* wurde ebenfalls in liebevollster Weise gesorgt; am Montag besuchten sie das Bonner Münster und Beethovens Geburtshaus und am Nachmittag den Drachenfels, während sie am Dienstag weitere Sehenswürdigkeiten der Stadt Bonn in Augenschein nahmen. Am Mittwoch machten sie einen größeren Ausflug in das romantische Ahrtal und das Bad Neuenahr, wo das Essen eingenommen wurde, und hörten in dem durch das Spiel des jungen Beethoven vor Haydn berühmten Saal der Godesberger Redoute ein sehr stimmungsvolles Konzert nach dem Kaffee.

Am Schluß dieses kurzen Berichts möchte ich nicht verfehlen, allen meinen treuen Mitarbeitern und Helferinnen, die sich mit voller Hingabe ihrer Aufgabe gewidmet haben, herzlichst zu danken, aber auch der Stadt Bonn, der Vereinigung der rheinisch-westfälischen Dermatologen und allen Kongreßteilnehmern für das große Entgegenkommen, das sie uns bewiesen haben, wodurch die glatte Abwicklung des großen Programms gut ermöglicht werden konnte. Für die vielen sehr freundlich gehaltenen Dankesbezeigungen bitte ich auch an dieser Stelle meinen und meiner Frau herzlichsten Dank sagen zu dürfen. *Erich Hoffmann.*

Personalien und Tagesnachrichten.

Prof. *P. G. Unna* in Hamburg wurde auf Antrag der medizinischen von der philosophischen Fakultät in Bonn zum Dr. phil. hon. causa ernannt; die Ehrenurkunde wurde ihm bei der feierlichen Eröffnungssitzung des 15. Deutschen Dermatologen-Kongresses in *Bonn* durch den Rektor der Universität überreicht.

Prof. Dr. *Karl Zieler* in Würzburg wurde für das Jahr 1927/28 zum Dekan der medizinischen Fakultät gewählt.

Prof. *Wilhelm Kerl*, der erst vor kurzem die Professur in *Innsbruck* erhalten hat, wurde zum Nachfolger von Hofrat Prof. *Ernst Finger* in *Wien* ernannt; er tritt sein Amt am 1. Oktober 1927 an; außer ihm standen auf der Liste die Professoren Dr. *Oppenheim*, *Scherber* und *Mucha*.

Die Privatdozenten Dr. *Birnbaum* in *Würzburg* und Dr. *Königstein* in *Wien* wurden zum a. o. Professor ernannt.

Prof. *Otto Sachs* in *Wien* stürzte in den Tiroler Alpen tödlich ab; er war ein tüchtiger Dermatologe und Leiter der Dermatologischen Abteilung des Kaiser-Joseph-Ambulatoriums in *Wien*.

In *Hamburg* fand vom 16. bis 18. September die *erste Tagung* der *Gesellschaft für Lichtforschung* unter dem Vorsitz von Prof. Dr. *Hans Meyer* statt. Sie war von etwa 200 Teilnehmern, darunter auch einer Anzahl von Ausländern, besonders aus Dänemark, besucht. Zahlreiche interessante Vorträge und Referate über physikalische Grundlagen, Lichtbiologie und Strahlentherapie wurden gehalten. Ein Ausschuß von zehn namhaften Gelehrten wurde gewählt; Vorsitzender blieb Prof. *H. Meyer*.

Digitized by Google

I.

(Aus der Universitätsklinik für Dermatologie und Syphilidologie in Wien [Vorstand: Prof. Dr. *Leopold Arzt*].)

Über Carcinoma in Lupo erythematoso.

Von

Dr. G. RIEHL jun.,

Assistent der Klinik.

Seit der Veröffentlichung von Seigo *Minami* aus der Klinik *Riehl*, in welcher der Autor die Seltenheit der Komplikation von Lupus erythematosus mit Karzinom hervorhebt, wurden von einer Reihe von Autoren weitere vereinzelte Fälle von Carcinoma in Lupo erythematoso publiziert.

Bezüglich der Zahl der bisher bekanntgewordenen einschlägigen Fälle herrscht anscheinend in der Literatur einige Unstimmigkeit. *Dicke* erwähnt, daß er zu den bis dahin bekannten 49 Fällen 3 hinzufüge, was eine Zahl von 52 ergeben würde, in seiner Tabelle sind jedoch nur 50 registriert, da 2 unsichere Fälle weggelassen wurden, welche Zahl auch *Nobl* und *Löwenfeld* insofern ändern, als sie von 53 bis zu ihrer Publikation veröffentlichten Fällen sprechen.

Dem Veröffentlichungsdatum nach folgen nun:

Nach unserer Zählung Fall 53: von *Eliascheff* beschrieben, als reines Röntgenkarzinom aufzufassen, da auf Röntgenulzeris entwickelt, welche im Anschluß an jahrelange Bestrahlung wegen Lupus erythematosus entstanden (1913—16). Immerhin ist er als Karzinom auf dem Boden eines Lupus erythematosus zu buchen.

Fall 54: *Graham E. G. Little* beschreibt einen Fall, der wegen einer Trichophytose mit Röntgen behandelt wurde. An dieser Stelle im weiteren Verlaufe Entwicklung eines Lupus erythematosus, auf diesem später ein histologisch festgestelltes Karzinom.

Fall 55: Von *Edm. Hofmann* 1925 in Frankfurt demonstriert. Entstehung eines Kankroids auf der Lokalisationsstelle eines Lupus erythematosus nach Röntgenbestrahlung der Stirne.

Fall 56: Von *Andruszewski* 1925 in Lemberg demonstriert. Seit 20 Jahren Lupus erythematosus. Nußgroße maligne Geschwulst im Gesicht. Keine Angabe über Röntgenbestrahlung.

Digitized by Google

Fall 57: Von *Stillians* in Chikago im Jahre 1925 demonstriert. In den Narben eines seit 10 Jahren bestehenden Lupus erythematosus in den letzten Monaten Auftreten eines Karzinoms. Über Röntgentherapie keine Angaben.

Fall 58: *Nobl* und *Löwenfeld*. Auf 6 Jahre altem Lupus erythematosus des Gesichtes eine rasch wachsende Geschwulst an der Unterlippe. Histologisch Plattenepithelkrebs. Bemerkenswert die seltene Lokalisation.

Zu den in der Literatur bereits beschriebenen Fällen können wir noch eine größere Zahl, nämlich *6 weitere einschlägige Fälle*, hinzufügen, die in den letzten Jahren in Wien beobachtet wurden. 2 davon wurden an der Klinik *Riehl* behandelt, die 4 übrigen verdanken wir der Liebenswürdigkeit von Prof. *Kren*[1]) und Prof. *Volk*[3]). Die Fälle seien im folgenden kurz beschrieben.

1. Fall 59: Von *Arzt* demonstriert in der Sitzung der Wiener Dermatologischen Gesellschaft vom 21. Januar und 11. Februar 1926. 56jährige Patientin. Beginn der Erkrankung vor 18 Jahren nach starker Kälteeinwirkung in Form von kleinen Knötchen an der linken Wange. Allmähliche Ausbreitung der Affektion über das Gesicht. Seit zirka 6 Wochen ein ziemlich rasch wachsender Knoten am Nasenrücken. *Keine* Röntgenbehandlung.

St. pr. (Dezember 1925): Im Bereich der im übrigen normalen Gesichtshaut ein schmetterlingsartig auf Nase und angrenzende Wangenpartie verteilter Herd von unregelmäßig polygonal begrenzter Form; in dessen Bereich ist die Haut dunkelblaurot verfärbt, derb infiltriert und an ihrer Oberfläche rauh, mit festhaftenden, gelblichweißen Schuppenauflagerungen bedeckt, die an der Unterseite deutliche Fortsätze zeigen, darunter ausgesprochen erweiterte Follikelmündungen. In den zentralen Anteilen des Infiltrates deutliche Atrophie. Einige kleinere Herde von etwa Linsengröße von gleichfalls polygonaler und runder Begrenzung in den mittleren Stirn- und seitlichen Wangenpartien. Über der Nase, dem Nasenrücken, teilweise auf die seitlichen Nasenpartien übergreifend, ein etwa kleinnußgroßer, derber, flacher Tumor von papillärer Oberfläche, zum Teil erodiert und mit eingetrockneten Sekretmassen bedeckt. Die regionären Lymphdrüsen nicht vergrößert. Im Kapillitium neben Seborrhöe mäßig große, fleckenförmige alopezische Herde, in deren Bereich die Haut leicht gerötet und infiltriert, zum Teil narbig atrophisch ist. Ausgebreitete Areale beiderseits retroaurikulär mit charakteristischen randständigen Infiltraten von blauroter Farbe, zentraler Atrophie und starker, festhaftender Schuppung.

9. Dezember 1925: Exzision des Tumors. Das Tumorgewebe zundrig, morsch. Radikaloperation wegen festhaftender Tumorteile am Periost des knöchernen Nasenrückens nicht möglich. Luetinreaktion negativ. 13. Dezember: Aurophos 0,0025 intravenös. Keine Temperaturerhöhung. 16. Dezember 1925: Entlassung zu ambulatorischer Aurophosbehandlung. Pat. erschien wegen beruflicher Verhinderung nicht.

St. pr. (10. Februar 1926): An der Unterlage festhaftendes Tumorrezidiv von papillärer Oberfläche, stellenweise Erosionen zeigend und von gelben eingetrockneten Sekretmassen bedeckt. Um den oberen Rand des zirka kleinnußgroßen Tumors läuft gegen den inneren Augenwinkel ein schmaler, derber, hellroter Narbenstrang.

Digitized by Google

Dec.: Am 12., 13., 15., 19. und 22. Februar 1926: Radiumbestrahlung, gleichzeitig Beginn einer Holländerkur. Schon am 16. Februar zeigte sich rapide Rückbildung des Tumors. 22. Februar: entlassen und zur Radiumbehandlung weiterbestellt. Das Tumorgewebe ist geschwunden.

26. Januar 1927: Rezidivfrei. Histologie: Verhornendes Plattenepithelkarzinom mit kolbenartigen, breiten Zapfen und teilweise Verhornung.

2. Fall 60: 46jähriger Patient, von *Arzt* demonstriert in der Sitzung der Wiener Dermatologischen Gesellschaft vom 22. Oktober 1925. Dieser stand wegen Lupus erythematosus des Gesichtes und der Lippenschleimhaut 1904 und 1914 an der Klinik in Behandlung. Zuletzt Radiumbestrahlung des Gesichtes; die *Lippenherde* wurden *nie* bestrahlt. Seither bis auf Nierenentzündung gesund.

Seit zirka 10 Wochen auf der Unterlippe kleine Krusten, die sich ablösen ließen, darunter eine gerötete Stelle. Pat. behandelte die Affektion mit Umschlägen. Es bildeten sich neuerlich stärkere Krusten, unter denen eine kleine runde Erosion bestand, die immer größer, härter und prominenter wurde.

St. pr.: Im Bereich des Gesichtes, und zwar an der Nase, den Wangen, nahezu in ihrer ganzen Ausdehnung und den beiden Schläfengegenden bis ungefähr zum Rande des Stirnbeins ausgedehnte Krankheitsherde. Die Haut am Rande dieser Herde und teilweise auch im Zentrum dunkelbraun fleckig pigmentiert. Die Haut der mittleren Gesichtspartien atrophisch, zigarettenpapierartig gefältet. Teilweise auch noch erweiterte Talgdrüsenfollikel sichtbar. In die atrophischen Partien, an einzelnen Stellen unregelmäßig begrenzte, bis münzengroße, rosenrote, leicht infiltrierte Stellen eingelagert. Im Bereich der Nasenspitze die Haut von Teleangiektasien durchsetzt. Das Lippenrot in ziemlich diffuser Ausdehnung bläulichweiß verfärbt, Verdickung des Epithels und Trockenheit. In der linken Unterlippenhälfte ein ungefähr zweigroschenstückgroßer, derber, papillär gewucherter, ziemlich scharf begrenzter Tumor von exulzerierter Oberfläche. Die regionären Drüsen nicht verändert.

Dec. 25. Januar 1926: Radikaloperation (Keilexzision). Biopsie aus dem Tumor: Plattenepithelkarzinom mit geringer Verhornung.

26. Januar 1926: Pirquet (Dermotubin) +.

28. Januar 1926: Zur ambulatorischen Behandlung entlassen.

3. Fall. 61: Der 42jährige Mann, Patient von Prof. *Kren*, am 19. Oktober 1925 in die Dermatologische Abteilung des Jubiläumsspitals in Wien (Vorstand Prof. Dr. *O. Kren*) aufgenommen.

An.: Vor zirka 20 Jahren Apizitis, sonst nie krank. 1914 Beginn der Hautaffektion an der rechten Wange und sehr langsame Ausbreitung über das ganze Gesicht.

St. pr. 19. Oktober 1925: Leichte Spitzendämpfung, sonst o. B. Über dem ganzen Gesicht und an den Ohrmuscheln disseminierte Narben nach Lupus erythematosus, mit intensiver Abschilferung. In der Mitte der rechten Wange ein über schillinggroßes Epitheliom, unterhalb desselben eine ovaläre, elevierte Plaque einer intensiven epithelialen Wucherung.

Dec. 19. Oktober 1925: Exzision des Tumors und primäre Thierschung in Lokalanästhesie. Darauffolgend Krysolgantherapie. Borsalbenverband.

31. Oktober 1925: Der Lupus erythematosus, der sich an einzelnen Stellen in Form von leicht rosaroten Stellen neuerdings eingestellt hat, zeigt bereits

Digitized by Google

auf die erste Krysolganinjektion eine leichte Rötung. Patient wird zur weiteren Krysolgan- und zur Radiumbehandlung der Exzisionsstelle bestellt und entlassen.

Das histologische Präparat ergibt, daß das Epitheliom an einer kleinen Stelle nicht radikal exzidiert wurde. Verhornendes Plattenepithelkarzinom.

4. Fall 62: 37jährige Patientin (Lupusheilstätte, Prof. *Volk*).

An.: Im Jahre 1903 ein kleines Knötchen an der Nase, ursprünglich als Ekzem behandelt, dann an der Klinik *Finger* als Lupus erythematosus mit Kohlensäureschnee und Holländerkur. Später an der Klinik *Riehl* Karbolsäure- und Radiumbehandlung durch 2 Jahre. Fortschreiten vom Nasenrücken auf beide Wangen. 21. Januar 1925: Aufnahme in die Lupusheilstätte.

St. pr.: An der Nasenspitze und an der rechten Seite des Nasenrückens ein Substanzverlust, dessen Grund höckerig, derb, teilweise mit eitrigen, zum Teil noch nässenden, zum Teil eingetrockneten Krusten bedeckt ist und stellenweise hypertrophisch wucherndes Gewebe zeigt. Die Ränder zum Teil wallartig erhaben und stellenweise entzündlich gerötet. In der Umgebung der Nase, der Oberlippe und auf beiden Wangen atrophische, stellenweise pigmentierte, stellenweise von Teleangiektasien durchzogene Narben. Unter dem linken Auge ein kronengroßer, mit eitriger Kruste bedeckter Substanzverlust, umgeben von wallartigen Hyperkeratosen. Auf der rechten Wange vereinzelte, linsen- bis erbsengroße mit Schuppen bedeckte Infiltrate. Lungenbefund: Krönig beiderseits eingeengt. Über den Spitzen, besonders links, feinblasiges Rasseln im In- und Exspirium. Schallverkürzung links am angulus scapulae aufwärts.

6. Februar bis 20. März 1925: Pyotropinbehandlung.

18. April und 13. Mai 1925: Exkochleation des neoplasmatischen Gewebes und nachfolgende Thermokauterisation.

16. bis 20. Mai 1925: Vier Röntgenbestrahlungen à 8 H durch 2 mm Al, zwei für den rechten, zwei für den linken Nasenflügel. Restierende linsengroße Granulationen mit Hochfrequenz entfernt.

2. Juli 1925: Nach Entfernung der Herde bis auf den Muskel wird Patientin nach Hause entlassen.

2. November 1926: Patientin bis jetzt rezidivfrei und ist eine Deckung des Substanzverlustes mit Thierschlappen oder Hautplastik in Aussicht genommen. Histologie: Verhornendes Plattenepithelkarzinom.

5. Fall 63: 36jähriger Patient (Lupusheilstätte Prof. *Volk*).

An.: 1912 ausgebreiteter Lupus erythematosus des ganzen Gesichtes und des größten Teiles der behaarten Kopfhaut. Nach anfänglicher Quarz-Blaulichtbehandlung im Jahre 1915—16 zwei Radiumbestrahlungen.

1917: Auftreten eines Epithelioms an der Wange und Stirn. Mehrere Radiumbestrahlungen vom 17. August 1917 bis 19. Juni 1918. Gebessert entlassen. Keine Kontrolle. Histologie: Verhornendes Plattenepithelkarzinom.

6. Fall 64: 32jähriger Patient (Lupusheilstätte Prof. *Volk*).

An.: Seit 1911 Lupus erythematosus der Nase und beider Ohren. Für die Nase 19 Radiumbestrahlungen vom 17. April 1916 bis 15. April 1918. Daran anschließend Hochfrequenz- und CO_2-Behandlung.

1. Oktober 1924: Links vom Nasenbein eine zirka linsengroße, hyperkeratotisch veränderte Stelle in der Narbe, rechts ebenfalls eine linsengroße

Digitized by Google

hyperkeratotische Veränderung auf Epitheliom suspekt. Histologie: Verhornendes Plattenepithelkarzinom.

3. Oktober 1924: Exzision und Deckung mit Thierschlappen. — Thiersch gut angeheilt, Patient bis heute rezidivfrei.

Von Wichtigkeit erscheint es, daß auch die von uns hier beschriebenen 6 Fälle, 2 der Klinik *Arzt*, 1 Fall *Kren*, 3 Fälle *Volk*, die allein nicht gestatten würden, in manchen Fragen eine prinzipielle Stellung zu nehmen, neuerlich den Beweis dafür liefern, daß die Entstehung eines *Karzinoms auf dem Boden eines Lupus erythematosus* bezüglich ihrer *Pathogenese* keine Einheitlichkeit aufweist, wie zuletzt *Nobl* und *Löwenfeld* hervorgehoben haben.

Der von vielen Autoren betonte Einfluß *aktinischer Schädigungen (Dicke, Kreutzer, Graham Little, Bogrow, Nobl-Löwenfeld)* ist in Fall 1, 2 und 3 der von uns beschriebenen auszuschließen. In den übrigen jedoch findet sich Bestrahlung mit Radium in der Anamnese, und zwar in Fall 4 Radiumbehandlung durch 2 Jahre, in Fall 5 allerdings nur 2 Radiumbestrahlungen, die wohl hier kaum ätiologisch in Betracht kommen dürften, in Fall 6 intensive Radiumbestrahlung durch 2 Jahre. Bisher waren es immer nur die *Röntgenstrahlen*, die in der Ätiologie eines Carcinoma in Lupo eine Rolle spielten, doch bei der nahen Verwandtschaft dieser beiden Strahlenarten können wohl auch die *Radiumstrahlen* mit Recht für derlei Schädigungen verantwortlich gemacht werden.

Was die *Verteilung* des Vorkommens *der Affektion auf die Geschlechter* anlangt (nach *Dicke* findet sich Karzinom auf Lupus erythematosus etwa dreimal so häufig bei Männern als bei Frauen), so spricht das Verhältnis von 4:2 ganz in diesem Sinne.

Bemerkenswert ist, wie schon *Nobl* und *Löwenfeld* betonen, der *Sitz des Karzinoms* in Fall 2 *an der Unterlippe*, eine Lokalisation, die bisher nur in 2 Fällen gefunden wurde. Bei der seinerzeitigen Demonstration des Falles wurde in der Diskussion die Möglichkeit einer Koinzidenz von Lupus erythematosus und Karzinom an einer vorher normalen Stelle des Lippenrots in Frage gezogen. Hierzu sei bemerkt, daß in unserem Falle das Lippenrot unserer klinischen Beobachtung nach, wie aus der Krankengeschichte ersichtlich, zweifellos von Lupus erythematosus befallen war.

Umgekehrt stützen jene Fälle, in welchen keinerlei Strahlenbehandlung erfolgt ist (Fall 1, 2, 3), neuerlich die Annahme von *Minami* und *Kyrle*, daß *jeder chronische Reiz*, sei

Digitized by Google

es nun im Sinne *Minamis*, der Lupus erythematosus selbst oder auch die langdauernde Reizung des Gewebes durch andere Behandlungsmethoden (Ätzung, Kälteeinwirkung usw.) ein *genügendes ätiologisches Moment für die Entstehung einer malignen Epithelwucherung* abgeben könne.

Endlich sei noch der ausgezeichnete *Erfolg der Radiumbehandlung des Karzinoms* in Fall 1, in welchem es nach Operation zu einem Rezidiv gekommen war und die eine mehrjährige Dauerheilung erzielte, hervorgehoben und daher der Vorschlag einer Nachbestrahlung des Operationsgebietes in allen diesen Fällen in Vorschlag gebracht werden. Nach dem Stande unseres heutigen Wissens liegt darin kein Widerspruch, wenn wir ein durch aktinische Schädigung hervorgerufenes Neoplasma durch Strahlenbehandlung zur Heilung zu bringen suchen.

In Fall 4 und 6 bestanden multiple Herde von maligner Entartung, während alle übrigen nur ein solitäres Neoplasma aufweisen, was auch in der überwiegenden Mehrzahl der in der Literatur beschriebenen Fälle zutrifft.

Zusammenfassung: Es werden *6 Fälle von Carcinoma in Lupo erythematoso* beschrieben (2 Frauen und 4 Männer), von denen *3 niemals bestrahlt, 3 jedoch verschieden intensiver Radiumbestrahlung* unterzogen wurden. In *allen* beschriebenen Fällen ergibt das histologische Bild ein mehr oder weniger *Verhornungstendenz zeigendes Plattenepithelkarzinom.* Für die *Entstehung des Carcinoma in Lupo erythematoso* käme bei den 3 nicht bestrahlten Fällen der *langdauernde Reiz eines chronischen Entzündungsprozesses* im Gewebe, bzw. die *geübten therapeutischen Maßnahmen,* bei den restlichen 3 Patienten die *Radiumbestrahlung allein,* oder viel wahrscheinlicher *in Verbindung mit den genannten Faktoren,* in Betracht.

Literatur.

Andruszewski, Ztrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. *19.* 610. 1926. — *Arzt,* Ztrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. *19.* 716. *20.* 30 u. 275. 1926. — *Bogrow,* Derm. Ztschr. *39.* 83. 1923. — *Dicke,* Derm. Ztschr. *44.* 24. 1925. — *Dietel,* Derm. Ztschr. *42.* 97. 1925. — *Eliascheff,* Ztrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. *16.* 76. 1925. — *Graham Little,* Proc. of the royal soc. of med. Sect. of Derm. *17.* 86. 1924. — *Edm. Hofmann,* Ztrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. *19.* 202. 1926. — *Keutzer,* Derm. Ztschr. *42.* 97. 1925. — *Kyrle,* Histologie d. menschl. Haut, Springer (Berlin) 1925. — *Minami,* Derm. Wschr. *78.* 213. 1924. — *Nobl-Löwenfeld,* Derm. Wschr. *83.* 1599. 1926. — *Stillians,* Arch. of Derm. and Syph. *13.* 558. 1926.

Digitized by Google

II.

(Aus der Universitäts-Hautklinik in Bonn [Direktor: Prof. Dr. *Hoffmann*].)

Über die Leicheninfektion mit Syphilis.

Von

PAAT MGALOBLISCHWILI.

Das alte Dogma, daß die Syphilis nur eine Krankheit des menschlichen Geschlechtes sei, ist durch die Experimente von *Metschnikoff* und *Roux* 1903 endgültig widerlegt worden. Ein zweites Dogma, daß die Syphilis nur vom Lebenden, nicht aber von der Leiche akquiriert werden könne, hat sich ebenfalls sehr lange und hartnäckig in der Literatur erhalten. Wohl sind schon seit langer Zeit einzelne Fälle von angeblicher Leicheninfektion mit Syphilis mitgeteilt worden, aber immer wieder wurden sie bezweifelt und von kritischen Autoren nicht anerkannt, weil die Betreffenden sich auch vom Lebenden hätten infizieren können und der Satz: „Omnis syphiliticus mendax" zu hoch eingeschätzt wurde. So herrschte besonders in den Kreisen der pathologischen Anatomen die Meinung vor, daß eine Ansteckung mit Syphilis bei Sektionen nicht zu befürchten sei. *Neumann*[1]) schreibt:

„Wie müßig ist die Frage, ob die rezente Syphilis durch Leichen übertragen werden kann. Ältere Syphilidologen stellen eine derartige Übertragung mit Recht in Abrede. *Astruc* stellte aus der älteren Literatur jene Syphilidologen zusammen, welche luetische Leichen sezierten, und fand, daß *Morgagni* zahlreiche Leichen Syphilitischer obduzierte, ohne sich hierbei infiziert zu haben."

Lustgarten[2]) hat auf der 170. Sitzung der Neuyorker Dermatologischen Gesellschaft *Morrow*[2]), der über einen wahrscheinlichen Fall einer Leicheninfektion mit Syphilis berichtete, durch die viel verbreitete Annahme zu widerlegen versucht, daß eine Infektion mit Syphilis deshalb unwahrscheinlich sei, weil die Syphiliserreger nach dem Tode des Kranken nicht mehr lebens- und infektionsfähig wären. Diese Annahme einer besonderen Hinfälligkeit des syphilitischen Virus begegnet uns in der älteren Literatur immer wieder und hat die Erkenntnis der Leicheninfektion sehr behindert.

1900 zitiert *J. K. Proksch*[3]) eine Reihe von Fällen, welche in der Literatur als Syphilisinfektion durch Leichname publiziert sind. Der einzige Fall, der seiner Meinung nach einer Kritik ziemlich standhält, ist von *Lang* mit-

Digitized by Google

geteilt; aber auch von ihm sagt *Proksch:* „Ganz einwandfrei ist er auch nicht, da es immerhin möglich ist, daß die durch die Verletzung am Kadaver gesetzte Wunde nur die Eingangspforte für ein von anderer Seite stammendes Syphilisgift bildete."

Diese Skepsis der Forscher ist bis zur Entdeckung der Spir. pall. erklärlich, da sie ja nur auf genaue Beobachtung der klinischen Erscheinungen sich stützen und den mikroskopischen Beweis noch nicht erbringen konnten.

Nach der Entdeckung der Spirochaeta pallida (1905) und Wassermannschen Reaktion (1906) ist es möglich geworden, manche Streitfragen in der Syphilidologie, die früher große Schwierigkeiten machten, zu lösen. Bezüglich der Leicheninfektion mit Syphilis aber kamen die Forscher zunächst nicht vorwärts und haben sich auch damit fast gar nicht befaßt; in der Literatur bis 1923 finden wir außerordentlich wenig Material.

Da jedoch diese Frage nicht nur wissenschaftliche, sondern auch noch eine große praktische Bedeutung hat, ist sie von *E. Hoffmann* sehr eingehend untersucht worden. Nachdem er sich auf Grund der Literatur und eigener Erfahrungen von der Möglichkeit der Leicheninfektion überzeugt hatte, hat er mehrere Rundfragen an die Direktoren der dermatologischen Kliniken und pathologisch-anatomischen Institute gerichtet. Die erste dieser Umfragen, die er 1920 anstellte, war die, ob die Genannten irgendwelche Erfahrungen oder Beobachtungen über Leicheninfektion mit Syphilis bei der Sektion gemacht hätten. Unter 29 Berichten, die *E. Hoffmann* erhielt, fanden sich 7 Fälle von Leicheninfektion, die noch nicht publiziert waren. Von diesen sind 2 Fälle (*Rille*, Fall II und *Siebert*) sicher nachgewiesen, 5 andere Fälle (*Marchand, Rille*, Fall I und III, *Rost, Zumbusch*) sehr möglich. 1923 hat *Trüb*[4]) auf Veranlassung *E. Hoffmanns* die Frage der Leicheninfektion als eines besonderen Infektionsmodus der Lues im Rahmen einer Studie über Syphilis als Berufskrankheit der Ärzte eingehend und kritisch bearbeitet. Es ist ihm gelungen, 22 Fälle aus der Literatur zu sammeln. Von diesen 22 Fällen erschienen ihm 5 als einwandfrei, 10 als mehr oder weniger wahrscheinlich und 7 als fraglich, weil hier die Beweisführung mangelhaft ist und die Möglichkeit besteht, daß die Infektion auf einem anderen Wege erfolgt ist.

Außer diesen Fällen hat *Trüb* in seiner Arbeit auch noch die 7 oben genannten Fälle veröffentlicht; so daß er im ganzen über *7 einwandfreie, 15 mögliche* und *7 fragliche* Fälle verfügt.

Digitized by Google

1926 hat *E. Hoffmann*[5])[6]) selbst zwei höchst wahrscheinliche Fälle und später noch zwei neue bemerkenswerte und sichere Fälle publiziert, bei denen wieder jeder Zweifel ausgeschlossen scheint.

In demselben Jahr hat *Pürckhauer*[7]) noch einen sicheren Fall mitgeteilt.

1927 wurde *E. Hoffmann* zu einem gerichtlichen Gutachten in einer Entschädigungsklage eines Pathologen aufgefordert. Dieser hatte sich bei der Sektion eines syphilitischen Kindes infiziert. Hierdurch angeregt, hat *E. Hoffmann* eine erneute Rundfrage bei den Direktoren der dermatologischen und pathologisch-anatomischen Institute angestellt. Unter 31 Beantwortern waren 10 Professoren noch der Meinung, daß diese Art der Infektion unmöglich sei, da sie der Auffassung waren, daß die Spir. pall. in der Kälte und im toten Organismus bald zugrunde gehe. 8 halten diesen Infektionsmodus für bewiesen, 13 für möglich, aber selten.

Diese Korrespondenz hat noch 5 sichere oder höchst wahrscheinliche Fälle von Leicheninfektion mit Syphilis ergeben; der eine jedoch von ihnen (Fall *Jores*) war schon von *Rost*-Freiburg *E. Hoffmann* mitgeteilt worden in der Antwort auf seine erste Umfrage vom Jahre 1920. *Trüb* hatte diesen Fall infolge der damals zu ungenauen Angaben zu den „möglichen" Fällen gerechnet, während er jetzt als sichergestellt gelten kann.

Durch die Liebenswürdigkeit von Herrn Prof. *E. Hoffmann*, der mir seine Korrespondenz über die letzte Umfrage zur Verfügung stellte, ist es mir möglich geworden, *4 Fälle von Leicheninfektion mit Syphilis, die noch nicht in der Literatur bekannt sind*, zu publizieren.

Zur Vollständigkeit und Klarheit für die Vorstellung über die Leicheninfektion mit Syphilis führe ich alle bis heute in der Literatur schon bekannten Fälle an.

Bevor ich mit der Beschreibung dieser Fälle anfange, halte ich es für notwendig, eine kurze Zusammenfassung der Eigentümlichkeiten der Spir. pall. vorauszuschicken, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erklärung der Leicheninfektion stehen. Es sind die Fragen zu erörtern, ob die Spir. pall. ausschließlich im lebenden Organismus leben können oder auch noch ihre Lebensfähigkeit im toten Gewebe oder überhaupt außerhalb des Organismus bewahren können, und wenn ja, von welcher Dauer dann ihre Lebensfähigkeit ist. Hierbei muß auch über den Einfluß der verschiedenen Temperaturen auf die

Digitized by Google

Spir. pall. und über ihre aerobe oder anaerobe Beschaffenheit gesprochen werden. Bezüglich des zweiten Gesichtspunktes schreibt *E. Hoffmann*[8]) schon 1912:

„Das Blut bietet der Spir. pall. keine günstigen Existenzbedingungen, sie ist vielmehr ein an die engen Räume des bei Syphilis zunächst und mit Vorliebe betroffenen Lymphgefäßsystems angepaßter Parasit und jedenfalls anaerob. Hierfür spricht vor allem die starke Vermehrung in mazerierten Föten, die Vorliebe für die Venen und Lymphbahnen, die geringe Zahl im Blut und in der sauerstoffreichen Plazenta, die reichliche Anhäufung in den intraepithelialen Spalten, zwischen den kollagenen Fibrillen und in der gefäßlosen Kornea und endlich das Verhalten in Reinkultur", eine Meinung, die er schon in seiner ersten zusammenfassenden Darstellung der Ätiologie der Syphilis (1906) geäußert hatte. Diese Annahme der strengen Anaerobie hat sich für das Kulturverfahren als sehr wertvoll herausgestellt; denn diejenigen Autoren, die auf diesem schwierigen Gebiet am erfolgreichsten waren (*Noguchi*, *Ficker* u. a.) haben unter streng anaeroben Bedingungen Reinkulturen erhalten. Neuerdings werden auch andere Stimmen laut, und z. B. *Manteufel*[9]), der die Anaerobie wohl anerkennt, zweifelt doch an der Zugehörigkeit der Spir. pall. zu den strengen Anaeroben.

Es ist von vielen Autoren nachgewiesen worden, daß Luftabschluß einen günstigen Boden für die Lebensbedingungen der Spir. pall. schafft; so hat z. B. *E. Hoffmann* festgestellt, daß die Spir. pall., luftdicht unter dem Deckglas abgeschlossen, sich mehrere Tage beweglich hält.

Was den Einfluß der Temperatur auf die Spir. pall. anbelangt, so hat man auf Grund vieler Versuche nachgewiesen, daß die Lebensfähigkeit der Spir. pall. nicht an die Körpertemperatur gebunden ist, und daß sie sogar beträchtliche Kältegrade verträgt, ohne abzusterben.

Gegen Hitze ist sie dagegen beträchtlich empfindlicher. Temperaturen von + 42° C töten sie in einer Viertelstunde ab [*Mucha* und *Landsteiner*[10])], bei + 37° wird die Bewegung zunächst intensiver, schwindet jedoch noch früher als bei Zimmertemperatur, bei welcher die Spirochäten im Laufe von etwa 2 Tagen die Eigenbewegung verlieren, wenn das Material vor Austrocknung geschützt zwischen Deckglas und Objektträger aufbewahrt wird. Bei Aufbewahrung im Eisschrank nimmt die Intensität ihrer Bewegung etwas ab, scheint aber eher besser erhalten zu bleiben, doch gewöhnlich auch nicht länger als 2 Tage.

Fast zu denselben Resultaten kamen auch *Strempel*[11]) und *Armuzzi*[11]). Gegenstand ihrer Beobachtung waren Kaninchenschanker, die in physiologischer NaCl-Lösung nach der Exzision aufbewahrt wurden.

Bei verschiedenen Temperaturen zeigte es sich, daß Zimmertemperatur am günstigsten für ihre Lebensfähigkeit ist, bei welcher vereinzelte Exemplare noch nach 64stündiger Aufbewahrung noch etwas beweglich waren; bei anderen Temperaturen jedoch waren sie nicht mehr beweglich. Was die Form

Digitized by Google

der Spir. pall. anbetrifft, so ist zu bemerken, daß die Aufbewahrung in einem Eisschrank am günstigsten ist, da sie sie 13 Tage erhielt; bei Zimmertemperatur blieb die Form der Spir. pall. nur 9 Tage erhalten; im Brutschrank waren schon nach 90 Stunden zahlreiche Bakterien beigemischt und nach 7 Tagen nur die Überreste deformierter Spir. pall. zu finden. „Untersuchung der Schanker von ad exitum gekommenen Kaninchen, 1, 2 und 3 Tage nach dem Tode, führte zu dem Eindruck einer postmortalen Vermehrung der Spir. pall." *(Strempel-Armuzzi).*

Um die Frage der Vermehrungsfähigkeit der Lueserreger in der Leiche beantworten zu können, hat *E. Kratzeisen*[12]) an sechs luetischen Leichen Untersuchungen angestellt. Er hat Leberstückchen sofort nach der Sektion in einen Brutschrank gebracht (in steriler Galle, in Bouillon, Wasser, Kochsalzlösung und trocken), nachdem durch Prüfung im Dunkelfeld die Anwesenheit lebender Spir. pall. sichergestellt war. Die Nachuntersuchungen fanden in verschiedenen Zeitabständen, nach 12—24—36—48—72 Stunden statt. Es ließen sich noch nach 12 und 24 Stunden Zeichen einer mäßigen Vermehrung der noch gut färbbaren und intakten Spirochäten feststellen. Nach 48 Stunden trat ein allmählicher Zerfall der Spirochäten ein und noch später waren nur noch Bruchstücke nachweisbar.

Pürckhauer[7]) berichtet über einen Fall von Leicheninfektion mit Syphilis, wobei er auf eine wichtige Tatsache hinweist: „Bemerkenswert ist, daß der Leichnam des kongenital-luetischen Fötus vor der Sektion 24 Stunden im Eisschrank gelegen hatte; die Kältewirkung hat also die Virulenz der Spir. pall. nicht beeinträchtigt." In der Diskussion hierzu bemerkte *Werther*, daß er die Spirochäten in Lebern kongenital-luetischer Föten noch lebend hätte nachweisen können, nachdem diese 11 Tage lang im Eisschrank gelegen hätten.

Von Interesse sind in diesem Zusammenhang noch Beobachtungen von lebenden Spirochäten am Leichenmaterial.

Truffi[13]) fand bewegliche Spirochäten 52 Stunden nach dem Tode eines Menschen mit Primäraffekt; *Gastou*[13]) (zit. nach *Neißer*) sah sie in syphilitischen Kinderlebern bis zu 10 Tagen nach dem Tode, und *Neißer*[13]) hat bei einem totgeborenen Fötus bis 50 Stunden nach der Geburt lebende Spir. pall. in Milz und Leber nachweisen können.

Bezüglich der Lebensdauer und Beweglichkeit der Spir. pall. nach der Entfernung aus dem Körper resp. nach dem Tode des erkrankten Individuums ist noch eine Mitteilung von *Buschke*[14]) auf dem VI. Internationalen Dermatologenkongreß beachtenswert, wonach er in einem Fall von hereditärer Lues in der Leber 10 Stunden nach dem Tode noch bewegliche Spirochäten fand.

Jahnel[5]) sah auch im Paralytikerhirn die Spir. pall. zuweilen 24 bis 48 Stunden nach dem Tode noch beweglich (zit. nach *E. Hoffmann*, M. m. Wschr. 1926, Nr. 5).

Jesionek[15]), der einen sicheren Fall von Leicheninfektion mit Syphilis mitgeteilt hat, sah im Lebersaft eines syphilitischen 4 Wochen alten Säuglings, der bereits „viermal 24 Stunden" tot war, im Dunkelfeld noch bewegliche Spirochäten. Die Leber war in sterilem Zustand aufbewahrt worden, nachdem sie noch am Tage des Todes bei der Leichenobduktion entfernt worden war. Die Obduktion selbst ergab keine Erscheinungen von kongenitaler Lues; jedoch konnte man auf der Haut die Zeichen von vorhandener

Digitized by Google

Lues bemerken, ferner litt die Mutter des verstorbenen Kindes zu dieser Zeit an einer floriden Lues II.

Ebenso konnte *Max Koch*[16]) im Lebersaft eines kongenital-syphilitischen Kindes noch am fünften Tage nach dem Tode im Dunkelfeld massenhaft aktiv bewegliche Spirochäten beobachten. Die Leber war während dieser 3 Tage im *Eisschrank* aufbewahrt worden. Durch diesen massenhaften Befund von Spir. pall. erschien es ihm angezeigt, nach der Methode von *Uhlenhuth* und *Mulzer* den Versuch der Übertragung von „gummösem" Lebergewebe mittels der Impfnadel in den Kaninchenhoden zu wagen, was in der Tat in einem seiner beiden Fälle gelungen ist. Es bildete sich bei den Kaninchen auf der Impfstelle nach 3 Monaten ein großer typischer Schanker mit massenhaft aktiv beweglichen Spir. pall. Als Impfmaterial diente ein 3 Tage nach dem Tode entnommenes Stück syphilitischer Leber.

Wenn auch von einer Reihe Autoren (*Wolf, Zurhelle* und *Strempel*) die Meinung *Neissers*, daß alle noch beweglichen Spirochäten als virulent anzusehen seien, angezweifelt wird, und sie der Meinung sind, daß Beweglichkeit und Virulenz der Spir. pall. nicht Hand in Hand gehen, so zeigt doch das Experiment von *M. Koch*, daß in diesem Fall die Spir. pall. noch tagelang nach dem Tode virulent waren. Es ist dies die wichtigste Tatsache aus der älteren Literatur für die Beurteilung der Frage einer Leicheninfektion mit Syphilis.

Die große praktische Bedeutung dieser Frage, sowie der ablehnende Standpunkt mancher Autoren machte es notwendig, die Möglichkeit einer Leicheninfektion mit Syphilis durch eine größere Zahl von Tierexperimenten zu beweisen, wie sie auf Anregung *E. Hoffmanns*, der eine experimentelle Klärung dieser Frage auf breiterer Basis für erforderlich hielt, *Zurhelle*[17]) und *Strempel*[17]) unternommen haben. Ihre Ergebnisse sind von großem Wert und geben eine unbezweifelbare wissenschaftliche Stütze für die Möglichkeit der Leicheninfektion mit Syphilis; deshalb halte ich es für nötig, mich mit dieser Arbeit eingehender zu befassen. Die Erfahrungen wurden sowohl unter aeroben wie unter anaeroben Bedingungen gemacht. Als Versuchstiere dienten Kaninchen, als Impfmaterial harte Schanker, die nach Exzision in einer feuchten Kammer bei Zimmertemperatur, bei Brutschranktemperatur (37°) und im Eisschrank aufbewahrt wurden. Um analoge Bedingungen zu schaffen, wie sie bei der Leicheninfektion des Menschen gegeben sind, hielt *E. Hoffmann* es für notwendig, nicht vom Menschen stammendes Leichenmaterial den Tieren einzuimpfen, sondern ein Virus, das dem Tierkörper ähnlich angepaßt ist, wie das menschliche Virus dem menschlichen Organismus; denn nur so konnten unnatürliche Ansiedlungs- und Haftungs-

Digitized by Google

schwierigkeiten, wie sie das menschliche Virus dem Kaninchenkörper gegenüber zeigen kann, ausgeschaltet werden.

Die Überimpfung auf gesunde Kaninchen fand in verschieden langen Zeitintervallen statt, wobei das im Eisschrank aufbewahrte Material noch nach 89 Stunden in zwei Fällen ein positives Impfresultat ergab, wenn auch die Inkubationsperiode auf 1½—3 Monate verlängert war. Bei Zimmertemperatur aufbewahrtes Material ließ sich noch nach 48 Stunden mit einer Inkubationszeit von 2 Monaten überimpfen. Das im Brutschrank (37°) aufbewahrte Material ergab nach 24 Stunden kein positives Impfresultat mehr, was wohl auf eine starke Vermehrung der Bakterien durch parallel gehende Fäulnis- und Zersetzungsprozesse zurückzuführen ist. Bei Aufbewahrung des Materials in trockener Petrischale bei Zimmertemperatur ergaben die Impfungen interessante, von der Aufbewahrungszeit abhängige Ergebnisse bezüglich der *fortschreitenden Schwächung der Virulenz* der Spir. pall. Bei einer Zwischenzeit zwischen Exzision und Weiterimpfung von 16, 24, 40 und 65 Stunden betrug die Inkubationsperiode 3 Wochen, 37 Tage, 4 Monate und 4 Monate. Ferner zeigte sich die Abschwächung der Virulenz der Spir. pall. in einer *mangelhaften Ausbildung des Schankers*, die in einem Falle zur Bildung eines *Zwergschankers* und in einem anderen Fall zur *symptomlosen Syphilis* führte. Es handelte sich aber hierbei nur um eine vorübergehende Abschwächung des Virus, da die Weiterüberimpfung von diesen Tieren auf andere wieder normale Schankerbildung ergab.

Die Resultate des bei verschiedenen Temperaturen *unter anaeroben Bedingungen* aufbewahrten Impfmaterials (in trockenem, luftleeren Reagenzglas, unter Paraffin und Vaseline) entsprachen nicht ganz den Erwartungen; trotzdem bestätigte sich auch hier die Möglichkeit einer Leicheninfektion mit Syphilis. Es wurden z. B. nach Impfung mit Schankermaterial, das 4 Tage in einem luftleeren (evakuierten) Reagenzglas bei Zimmertemperatur aufbewahrt worden war, an der Impfstelle nach 67 Tagen lebende Spir. pall. festgestellt. In einem anderen Fall wurden in dem sieben Tage unter Paraffin im Eisschrank aufbewahrten Material wohl noch bewegliche Spir. pall. gefunden, aber eine Überimpfung blieb negativ.

Durch diese Versuche von *Zurhelle* und *Strempel* ist also auch der experimentelle Nachweis für die Möglichkeit der Leicheninfektion mit Syphilis erbracht, da noch nach 4 Tage langer Aufbewahrung eines exzidierten Schankers im Eisschrank und bei Zimmertemperatur die Virulenz der Spir. pall. erhalten blieb.

Diese beiden letzten Faktoren sind besonders beachtenswert, da ja auch praktisch die Leichen einmal in möglichst kühlen Räumen, bei modernen Einrichtungen sogar bei Gefriertemperatur, aufbewahrt werden und andererseits die Sektion meistens 1—3 Tage nach dem Tode stattfindet.

Es besteht also die Möglichkeit, sich an jeder frischen Leiche eines Syphilitikers mit Syphilis zu infizieren, und zwar um so leichter, je kürzer die Zeitspanne seit dem Tode ist; diesen Gesichtspunkt hat schon *Trüb* auf Grund der Literatur

Digitized by Google

betont, indem er für sichere Leicheninfektionen einen nicht längeren Zeitraum als 24 Stunden als wesentlich hinstellte. Daß durch Überwuchern der Fäulnisbakterien bei längerem Liegen der Leiche neben der Abschwächung des syphilitischen Virus die Gefahr einer Syphilisinfektion vermindert wird, ist wohl wahrscheinlich.

Über die praktische Möglichkeit einer Leicheninfektion geben uns die weiter unten ausführlich angeführten 34 Fälle, die bis jetzt in der Literatur beschrieben sind, und weitere vier bisher noch nicht ausführlich veröffentlichte Fälle Auskunft. An Hand dieser Fälle ist das jetzt noch bestehende Vorurteil gegen die Möglichkeit einer Leicheninfektion mit Syphilis nicht mehr als zu Recht bestehend anzusehen, und man muß davor warnen, bei einer Sektionsverletzung die Möglichkeit einer syphilitischen Infektion nicht in Betracht zu ziehen, zumal wenn es sich um spirochätenreiches Material, wie bei Leichen kongenital-syphilitischer Kinder, handelt.

Die angeführten 38 Fälle sollen in *drei Gruppen* eingeteilt werden. Die *erste Gruppe* enthält die *wenig ausführlich* beschriebenen Fälle; in der *zweiten* sind solche erwähnt, bei denen die *Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit der Infektion auf anderem Wege nicht vollständig ausgeschlossen* ist. Die *dritte Gruppe* umfaßt die Fälle, bei denen die Infektion mit Leichenmaterial *sicher* erscheint.

A. Fälle der *ersten Gruppe* (unsichere Fälle) [vgl. *Trüb*[4]) l. c.]:

1. *Morgagni*[18]), 2. *Sömmering*[19]), 3. *Nejelow*[20]), 4. *Taylor*[21]).

Auf diese als unsicher anzusehenden und nur kurz erwähnten Fälle brauche ich nicht näher einzugehen.

B. Fälle der *zweiten Gruppe* (mehr oder weniger wahrscheiniche Fälle):

1. *Bergh*[22]) (auch bei *Trüb*) spielt auf einen in Kopenhagen vorgekommenen Fall an, wo „wahrscheinlich" Syphilisinfektion durch Leichenmaterial zustande kam.

2. *John Howard*[22])[4]) (nach *Lang* und *Trüb*) beschreibt eingehend die Krankengeschichte eines Arztes, der sich im Dezember 1780 bei der Obduktion eines Kadavers an dem Thoraxknochen verletzte; er entfernte die gangränöse Blase samt den Anhangsgebilden, wobei er an der Glans penis „a chancerous excoriation" fand. Die Verletzung am Finger beobachtete er weiter nicht, bis sich innerhalb von 9 Tagen sehr große Schmerzen einstellten; 4 Tage später zogen rote knollige Streifen zur Axilla; die Axillardrüsen wurden größer, verkleinerten sich aber bald. Ähnliche knotige Stränge mit Drüsenvergrößerung traten an den übrigen Extremitäten auf, ebenso im Nacken. Im Jahre 1783/84 trat leichte Lähmung des Beines ein, und bald darauf bildeten sich Tumoren in den Muskeln und in der Nähe des Sprunggelenkes. Im Jahre 1784/85 gesellten sich hierzu Schmerzen im Schädel, 14 Tage später linksseitige Hemiplegie, dann schmerzlose Knoten an beiden

Digitized by Google

Radii; nun erst gewann der Arzt die Überzeugung einer syphilitischen Infektion und wendete Inunktionen, die später noch oft wiederholt wurden, mit gutem Erfolge an. Als *John Howard* den Kollegen im Winter des Jahres 1783 sah, brachte er die noch immer für rheumatisch gehaltenen Erscheinungen mit Syphilis in Zusammenhang und diagnostizierte diese Erkrankung aus der Narbe der ursprünglichen Verletzung an der Hand, den nächtlichen Schmerzen und den Geschwülsten, die er für Gummata hielt.

Es ist wohl sehr wahrscheinlich, daß hier Syphilisinfektion auf Grund der Obduktionsverletzung am Finger eingetreten ist; freilich sind die anfänglichen Erscheinungen ungewöhnlich und sprechen für eine Mischinfektion; daher muß es wohl dahingestellt bleiben, ob nicht die Lues von einer anderen Infektionsquelle (also einem Lebenden) ihren Ursprung nahm.

3. *J. Neumann*[23]) (auch bei *Trüb*). Ein Diener in einem pathologisch-anatomischen Institut bekam am rechten Zeigefinger eine Sklerose, welche nicht sofort diagnostiziert wurde. „Derselbe erschien mit ulzerösem Syphilid in meiner Klinik. Die Sklerosennarbe und die Drüsenschwellung waren noch deutlich zu konstatieren." Bei der großen Erfahrung und Skepsis des Wiener Klinikers kann dieser Fall als recht wahrscheinlich angesehen werden, wenn auch alle näheren Angaben über Alter und Art der Leiche fehlen.

4. *Witte*[24]) [4]), 40jähriger Arzt; linksseitiges Daumenulkus, das nach 6 Wochen mit zarter livid verfärbter Haut vernarbt ist. Lentikuläres Syphilid an der linken Hand und am linken Vorderarm, dann am ganzen Körper, Schwellung der linken Kubitaldrüse. Vielleicht gelegentlich einer Sektion infiziert.

5. *Lenz*[25]) [4]). Der Fall betrifft den Diener des böhmischen Institutes für gerichtliche Medizin. Verletzung am linken Zeigefinger. Adenitis purulenta. Ulkus mit all seinen späteren Folgen. Hier fehlt wieder Angabe über Infektionsmodus.

6. *Marchand*[4]) (*Trüb* aus *E. Hoffmanns* erstem Rundschreiben). Leichendiener, der ohne nachweisliche Infektion an schwerem ekthymaähnlichem syphilitischem Exanthem mit starker Achseldrüsenschwellung und hohem Fieber erkrankte. Da viel Rotzsektionen gemacht worden waren, so war es anfangs zweifelhaft, ob nicht Rotz vorlag. Wa.R. stark positiv. Diagnose Lues von *Rille* bestätigt. Ein Primäraffekt am Finger wurde nicht festgestellt. Auffallend war die starke schmerzlose Achseldrüsenschwellung.

7. *Rille*, ebenda. Ein Arzt, der sich an einer luetischen Leiche infiziert haben wollte. Er hatte aber gleichzeitig viele Luetiker behandelt, so daß auch eine andere Deutung möglich ist.

8. *Rille*, ebenda. Diener eines pathologischen Institutes bekam eine Lues pustulosa großen Kalibers, die zunächst als Rotz und Variola diagnostiziert wurde. Eine Fingerinfektion war nicht ganz sicher nachweisbar. Der Fall wurde von *Lang* diognostiziert.

9. *v. Zumbusch*, ebenda. Diener am pathologischen Institut in W. wurde von *Z.* wegen Gummen an beiden Händen und auf dem Handrücken behandelt. Die Infektion fand auf dem Handrücken statt.

10. *Hansemann*[26]) [4]) hat einen Fall mitgeteilt. Er konnte aber nicht in Erfahrung bringen, ob eine andere Infektionsmöglichkeit ausgeschlossen werden konnte.

11. *Lenz*[25]) [4]). Arzt: Infektionsstelle am Zeigefinger der linken Hand, wo eine Verletzung bestand. Sektion der Leiche einer Prostituierten. Infektion vielleicht auch bei der Untersuchung luetischer Patienten.

Digitized by Google

Morrow, H.[2]). *M.* berichtet über einen Fall bei einem Arzt, der einen Schanker am Endglied des linken Zeigefingers hatte, mit Vergrößerung der Kubital- und Axillardrüsen. Der Patient gab an, daß die Schädigung sich im Anschluß an eine Verletzung entwickelt hätte, die er sich selbst bei der Sektion einer vermutlich tuberkulösen Leiche mit dem Messer zugezogen hatte.

13. *Vogel*[27]) [4]). Linker Finger, phlegmonöse Entzündung am Finger und Arm. Schwerer Verlauf. Dritter und vierter Finger in Beugestellung versteift. Psoriasiformes Syphilid, Kopfschmerzen, Aphasie, Worttaubheit. Patient glaubt, sich bei einer Sektion infiziert zu haben. Ein Kind ist früh an Pemphigus gestorben.

Zu diesen Beobachtungen kann ich auf Grund der Antworten, welche auf die zweite Umfrage von *E. Hoffmann* (1927) eingingen, folgenden Fall hinzufügen:

14. *Maresch* (Wien) teilt einen Fall von Leicheninfektion mit Syphilis mit, wonach vor 2 Jahren ein Angestellter seines Institutes eine Leicheninfektion davontrug, die zuerst für einen Leichentuberkel gehalten wurde und in der chirurgischen Station behandelt wurde, bis ein Exanthem auftrat und den Fall aufklärte. Die Krankengeschichte ist von *Maresch* (Pathologisches Institut der Universität Wien) erhoben worden. (Dieser Fall ist in der Literatur bisher nicht bekanntgegeben.)

Bei all diesen 14 Fällen ist eine syphilitische Infektion durch Leichenmaterial sehr möglich, weil alle Geschädigten [ausschließlich der von *Rille*[7]) und *Lenz*[11])] mitgeteilten Fälle berufsmäßig (als pathologische Anatomen und Leichendiener) mit Leichenmaterial in Berührung standen und bei 9 Fällen Fingerverletzungen bei der Sektion festgestellt sind, aber infolge des Fehlens näherer Angaben bezüglich Infektionsmodus und des obduzierten Materials ist die Annahme einer Leicheninfektion mit Syphilis nicht so zweifelsfrei, daß die Fälle nicht als gesicherte Leicheninfektionen gelten können, wenn sie auch zum großen Teil von sehr erfahrenen Syphilidologen (*J. Neumann, Rille, v. Zumbusch)* und Pathologen *(Marchand, v. Hansmann, Maresch)* stammen oder gesehen worden sind. Die Skepsis, welche solchen Fällen entgegengebracht worden ist, war früher, als es galt, die Möglichkeit der Leicheninfektion durch Ausschluß jeder Fehlerquelle zu beweisen, gewiß sehr berechtigt; heute, wo wir durch experimentelle Erfahrung die Haltbarkeit virulenter Syphilisspirochäten über 24 Stunden hinaus in Leichen kennen, werden auch einige dieser Fälle (Nr. 3, 4, 6, 8, 9, 14) wohl als recht wahrscheinliche oder sichere Leichenansteckungen angesehen werden können.

C. Fälle der *dritten Gruppe* (genügend gesicherte Fälle):

1. *E. Hoffmann*[6]). Ein verheirateter, 37 Jahre alter Leichendiener eines bekannten pathologischen Anatomen stach sich bei der Obduktion der Leiche eines kongenital-syphilischen Kindes mit der Nadel in den linken Zeigefinger.

Digitized by Google

Genau an dieser Stelle entstand bald ein kleines rötliches Geschwür, das nicht heilen wollte und dem etwa 4—5 Wochen nach dem Stich Drüsenschwellung folgte. 2 Monate nach der Infektion wurde in der dermatologischen Universitätsklinik neben Allgemeinerscheinungen ein makulo-papulöses Exanthem mit charakteristischer Drüsenschwellung (Kubitalis, Axillaris) festgestellt. Die Wa.R. war noch negativ, wurde aber bald positiv. Der Patient wurde mit Hg, Salvarsan, Silbersalvarsan und Wismutkuren behandelt. Etwa ein Jahr nach der Ansteckung traten vorübergehend bei negativer serologischer Blutreaktion Kopf- und Lendenschmerzen auf. Im Liquor war die Wa.R. von 0,5—1,0 positiv. Bei gutem Allgemeinbefinden blieb die Seroreaktion bis 8 Jahre nach der Infektion negativ. Eine weitere Liquoruntersuchung fand nicht statt. Frau und zwei Kinder blieben gesund. Dieser Fall ist von einem hervorragenden Pathologen und Syphilidogen beobachtet worden, die mit Rücksicht auf das Opfer dieser Leicheninfektion nicht genannt sein wollen. Die Sektion fand hier etwa 24 Stunden nach dem Tode statt.

2. *E. Hoffmann*, ebenda. Ein verheirateter Anatom sezierte am 4. September 1925 die Leiche eines kongenital-syphilitischen Kindes, das an einer ödematös-sulzigen, spezifischen Meningitis gestorben war, 20 Stunden post mortem ohne Gummihandschuhe. Die dazwischenliegende Nacht lag die Leiche auf Eis. Die Serumreaktionen des Kindes waren sämtlich stark positiv. Eine sichere Verletzung bei der Sektion durch Messer oder Knochenritzer wurde nicht bemerkt. Am 9. 9. 1925 trat ein bläschenartiges, stecknadelkopfgroßes, trübes Gebilde auf der Dorsalseite in der Mittelfalte des Endgelenkes des rechten Daumens auf. Sofort Jodanstrich. Innerhalb von 14 Tagen entwickelte sich eine zirka 1 cm im Durchmesser betragende, erhabene, kreisrunde, bläulich verfärbte Infiltration mit leicht eingezogenem weißlichem Zentrum ohne Hautdefekt. Diagnose: Leichentuberkel. Quecksilberpflaster. Vom 7. bis 9. Oktober entwickelte sich eine starke und sehr schmerzhafte Schwellung der Kubital- und Axillardrüsen und eine erhebliche Verdickung und Verkürzung der entsprechenden Lymphstränge. Radiumbestrahlung des „Leichentuberkels", Röntgenbestrahlung der Lymphdrüsen. Ende Oktober traten rheumatische Schmerzen im ganzen Körper, starker Gewichtsverlust mit allgemein sich steigernder Mattigkeit ohne Temperatursteigerung ein. Am 8. 11. Auftreten eines kleinfleckigen, nicht juckenden makulösen Exanthems am Rumpf, an den Armen und Handflächen, ebenso am oberen Teil der Oberschenkel. Einige Tage darauf wurde endlich der Kranke einem sehr erfahrenen Syphilidologen vorgestellt, der eine sekundäre Syphilis mit unzweifelhaftem Primäraffekt am rechten Daumen durch Leicheninfektion feststellte und bei dem verheirateten Arzt jede andere Infektionsmöglichkeit ausschließen konnte. Wa.R. ++++, M. ++, S.G. ++. Dieser Fall ist später Gegenstand eines gerichtlichen Gutachtens geworden, in dem *E. Hoffmann* jeden Zweifel an der Leicheninfektion ausräumen konnte. Er ist zugleich ein *Schulbeispiel* für die Verkennung solcher Leicheninfektionen, die auch heute leider oft als „Leichentuberkel", die ja Pathologen und Ärzten viel bekannter sind, angesehen werden, obwohl durch abweichenden Verlauf und einfache mikroskopische Untersuchung auf Spir. pall. die Differentialdiagnose leicht zu stellen ist.

3. *Blaschko*[28])[4]). Weibliche Leiche. Todesursache des obduzierten Individuums unbekannt. Zeit zwischen Tod und Sektion 24 Stunden. Sektionsbefund: Kondylomata an den äußeren Genitalien. Der Kollege wußte nicht

Digitized by Google

genau, ob er sich bei der Entfernung der Beckenorgane verletzt, oder ob schon vorher eine Wunde am Finger bestanden hatte. Nach einigen Wochen trat P. A. am Finger auf. Auch dieser von einem so kritischen und erfahrenen Kliniker wie *Blaschko* beglaubigte Fall kann als sicher angesehen werden, wenn er auch nur kurz beschrieben worden ist.

4. *Lang*[22]). Kollege N., früher stets gesund, insbesondere nie venerisch infiziert, nahm Mitte Mai 1896 an einer in einem Raufhandel erschlagenen Prostituierten 24 Stunden post mortem die gerichtliche Obduktion vor und verletzte sich bei Eröffnung des Brustraumes am Ringfinger der rechten Hand an einer Rippe. Da der Uterus eine deutliche Bikornität aufwies und deshalb als anatomisches Präparat der Leiche entnommen wurde, so waren längere Manipulationen am inneren und äußeren Genitale unvermeidlich, wo sich zahlreiche syphilitische Papeln bis zum After hin fanden, während am inneren Muttermund ulzeröse Prozesse lokalisiert waren. Zwei bis drei Tage nach der Obduktion trat Lymphangitis an den Vorderarmen und Ende Juni ein Panaritium am Ringfinger der rechten Hand auf, begleitet von einer mächtigen Schwellung der Kubitaldrüsen. Das „Panaritium" wurde inzidiert und bildete sich langsam zurück; die Kubitaldrüsen blieben geschwollen, wurden vermutlich wegen vorgetäuschter Fluktuation punktiert, ohne daß Eiter zum Vorschein kam. Am 4. August, also 2½ Monate nach der Obduktion, papulo-pustulöses Syphilid, Ulzeration im Halse, Onychien an Fingern und Zehen. Schwere typhöse Erscheinungen, später (1898) spezifische Ulzerationen an der rechten Fußsohle, schuppende Papeln am Körper, Ulkus an der hinteren Rachenwand, Periostitis an der Tibia. Nach ziemlich langdauernder Behandlung verschwanden alle diese Erscheinungen. Wiederum ist es einer der hervorragendsten Syphilidologen, der diesen Fall beobachtet hat und verbürgt; die Sektion hatte bereits 24 Stunden nach dem Tode stattgefunden und betraf eine mit stark infektiösen syphilitischen Erscheinungen behaftete Weibsperson (Prostituierte); eine deutliche Verletzung am Finger fand bei der Obduktion statt.

5. *Taylor, R. W.*[21]) [1]). Männliche Leiche, an Lues maligna und Tuberkulose gestorben. Sektion 8 Stunden nach dem Tode. Sektionsbefund: reichlich syphilitische Eruptionen am ganzen Körper, Papeln am Penis. Bei der Sektion zog sich ein Arzt eine Verletzung am vorderen Nagelende zu. Nach 15 Tagen Schanker mit „vegetating surface" und Kubital- und Axillardrüsenschwellung. Nach weiteren 14 Tagen bildete sich eine floride Lues II aus.

6. *Taylor*, ebenda. Prostituierte, an Gehirnschlag gestorben. Sektion 9 Stunden nach dem Tode. Sektionsbefund: Narben von syphilitischen Infektionen am Körper. Der sezierende Arzt hatte unter einem Nagel einen Riß, der bei der Sektion mit Kollodium bedeckt war. Es trat eine leichte Entzündung auf, die nicht weichen wollte. Die Sektion fand am 29. November 1887 statt. Eine Operation an luetischen Patienten, eine Untersuchung oder Geburt bei solchen, auf die die Infektion hätte zurückgeführt werden können, hatte nicht stattgefunden. Nach 3—4 Tagen zeigten sich fungöse Wucherung mit graugelbem Aussehen. 4 Wochen später kam Drüsenschwellung am linken Arm hinzu. Am 23. Januar 1888 traten die ersten Erscheinungen von Lues II auf. Unter spezifischer Therapie Heilung.

Auch diese beiden Fälle *Taylors* erscheinen gut beglaubigt und sind von *Trüb* auch als sicher anerkannt worden; sie betreffen wieder Ärzte, bei denen eine Infektion vom Lebenden ausgeschlossen erscheint; die Sektion

Digitized by Google

der hochinfektiösen Leichen hatte schon 8—9 Stunden post mortem stattgefunden. Die kurze zweite Inkubationsperiode im ersten Falle ist allerdings sehr auffallend.

7. *Jesionek*[15]). Es wird u. a. ein Fall von Lues eines jungen Arztes mitgeteilt. Die Infektionsquelle bildete eine Ritzwunde des linken Daumens bei der Sektion eines kongenital-luetischen Kindes während der Herausnahme der Leber. Die klinische Entwicklung des Primäraffektes an der Stelle der ehemaligen Fingerverletzung stimmte zeitlich zum Datum jener Sektion. Die Tatsache der Fingerverletzung wurde von dem Direktor des betreffenden pathologischen Institutes bestätigt. Dieser von *Jesionek* beglaubigte und auch begutachtete Fall hat dadurch große Bedeutung gewonnen, daß er von Anfang an genau beobachtet und sicher festgestellt worden ist, und daß ein so hervorragender Kliniker wie *Jesionek* sich mit voller Autorität für die sichergestellte Leicheninfektion eingesetzt hat.

Syphilitischer Primäraffekt am rechten Ringfinger eines Leichendieners. *Leicheninfektion.* Amputation infolge falscher Diagnose. (Präparat eines pathologischen Institutes.)

8. Fall *Rost-Jores* (aus *E. Hoffmanns* Korrespondenz 1926). Es handelt sich um den Diener eines pathologischen Institutes, der sich Mitte Juni 1907 eine Verletzung des rechten Ringfingers bei Obduktion der noch lebendwarmen Leiche eines kongenital-syphilitischen Kindes zuzog. Die Wunde wurde nicht beachtet. Gegen Ende Juli (etwa 23. Juli) traten Schmerzen im Finger auf, denen Anfang August Schwellung der Axillardrüsen folgte. In der chirurgischen Klinik wurde das Geschwür zunächst inzidiert und mit feuchten Umschlägen behandelt; später wurde der Finger infolge falscher Diagnose abgesetzt (Panaritium). Kurz darauf (etwa 9. August) trat ein luetisches Exanthem am ganzen Körper auf. Dauernde Temperatursteigerung. Trotz jahrelanger spezifischer Behandlung bis 1912 blieb die Wa.R. im Blut noch positiv. 1916 keine äußeren Merkmale von Syphilis; Wa.R. wurde nun negativ.

Zusammen mit dieser Mitteilung hat *E. Hoffmann* neben einer Photographie des tiefulzerierten Riesenprimäraffektes einen Paraffinblock aus dem Geschwürsrand des amputierten Fingers erhalten. In einem nach *Pappenheim* gefärbten Schnitt wurden von mir zahlreiche Plasmazellen nachgewiesen; mit der von *Strempel* und *Armuzzi* angegebenen Versilberungsmethode konnte ich allerdings keine Spirochäten in den Paraffinschnitten mehr nachweisen; sonst sprach das histologische Bild durchaus für einen Primäraffekt mit mächtigem Infiltrat und Gefäßveränderungen (Abb. 1). Bei einer früheren Untersuchung waren im Gewebe Spir. pall. nachgewiesen worden. Dieser Fall ist bereits von *Trüb* erwähnt worden und mit dem Fall *Rost* identisch. Er ist gut beglaubigt und zeigt, wie schwerwiegende Folgen die Verkennung einer solchen schweren Leicheninfektion mit Syphilis haben kann. In diesem Fall

Digitized by Google

handelt es sich um einen *ungewöhnlich großen Riesenschanker* am Finger, der den Chirurgen zur Exartikulation des Fingers veranlaßte.

9. *Pürckhauer*[7]). Mitteilung über Verlauf und Folgen der Leicheninfektion bei einem Arzte, der immer völlig gesund gewesen war. Nach der Sektion eines kongenital-luetischen Kindes im Jahre 1907 trat ein Leichentuberkel am Finger auf mit Lymphangitis und Achseldrüsenvereiterung. In einer exzidierten Lymphdrüse waren reichlich Tuberkelbazillen vorhanden. Einige Wochen später trat ein luetisches Exanthem auf; 6 Jahre nach der Infektion erkrankte der Arzt an Paralyse, die nach 4 Jahren letal endete. Wahrscheinlich hatte eine luetische Infektion am Finger stattgefunden; an tuberkulösen Leichen war vermutlich auch eine tuberkulöse Infektion erfolgt. Die Leiche des kongenital-luetischen Fötus war vor der Sektion 24 Stunden im Eisschrank aufbewahrt worden. Wenn auch Tuberkelbazillen nachgewiesen sind, erscheint doch auch dieser Fall sicher; denn Mischinfektionen von Lues und Tuberkulose sind ja möglich und nicht all zu selten, wie neuerdings *Ramel* wieder (auch experimentell) nachgewiesen hat. Die Aufbewahrung der fötalen Leiche im Eisschrank ist für die Infektiosität nur begünstigend, wie bereits vorher auseinandergesetzt worden ist.

10. *Siebert*[1]) (Charlottenburg) (*Trüb* aus *E. Hoffmanns* ersten Rundschreiben):

Klinischer Wärter wurde am 1. März zum Abholen eines luetischen Fötus aus der Hebammenlehranstalt aufgefordert. Das Objekt wurde ihm in dünnes Papier eingewickelt übergeben. Als er in die Klinik zurückkam, war das Papier völlig durchweicht. Er hatte das Paket in der linken Hand getragen. Kurz darauf fuhr der Diener nach Batavia. Während der Schiffsreise entwickelte sich am Nagelbett des linken Daumens eine Wunde, die vom Schiffsarzt behandelt wurde und abheilte. Im Mai ausgedehntes makulopapulöses Exanthem. Kein genitaler P. A. Am Nagelbett des linken Daumens noch deutliche Reste eines P. A. sichtbar. Andere Infektionsmöglichkeit wurde negiert. Auch dieser Fall scheint, da er von *Siebert* verbürgt wird, genügend gesichert; es muß angenommen werden, daß Spir.-pall.-haltiges Sekret in eine kleine Daumennagelverletzung hineingelangt ist. Diese Beobachtung ist geeignet, zu größerer Vorsicht beim Umgang mit Leichenmaterial verdächtiger Art zu veranlassen.

11. *Ullmann*, R.[29])[4]). Der Diener eines pathologischen Instituts, der an einer Tuberculosis cutis verrucosa beider Hände von früher litt, zog sich bei der Sektion eines kongenital-syphilitischen Kindes eine Verletzung zu. Diese wurde zunächst als Panaritium behandelt, bis später die Erscheinungen einer floriden Lues (Drüsenschwellungen, papulo-pustulöses Exanthem, ulzeröse Erscheinungen im Pharynx und Larynx) die Diagnose eines Primäraffektes stellen ließen. Da der Fall von *Ullmann* verbürgt und beobachtet ist, darf er wohl auch als sichere Leicheninfektion angesehen werden.

12. *Rille* (Leipzig) (*Trüb* aus *E. Hoffmanns* erster Rundfrage). Ein Professor der Pathologie bekam ein roseolaartiges Exanthem, nachdem er vor nicht langer Zeit ein kongenital-luetisches Kind seziert hatte. Er starb 2 Jahre später; die Autopsie ergab einen Gehirnabszeß, der in vivo nicht diagnostiziert worden war. Obwohl hier nähere Angaben fehlen, so darf mit Rücksicht auf die Autorität *Rilles* dieser Fall wohl hier mitgerechnet werden.

13., 14., 15. *Scherber*[30]). Im Anschluß an die Sektion eines luetischen Kindes zog sich ein Arzt einen Primäraffekt am Mittelfinger der rechten

Digitized by Google

Hand zu. „Mir sind noch zwei Fälle von angeblicher Infektion mit Syphilis durch Leichen bekannt," schreibt *Scherber*, „die ich anzuzweifeln keinen Grund habe." Diese Infektionen sind bei der Sektion kurz vorher verstorbener hereditär luetischer Kinder erfolgt. Trotz der kurzen Angaben *Scherbers* darf wohl auch hier das Vorliegen sicherer Leicheninfektion bei der großen Erfahrung dieses Autors angenommen werden, da die Möglichkeit dieser Art der Ansteckung nunmehr erwiesen ist.

16. *Hoffmann*[5]). Es handelt sich in diesem Falle um einen Psychiater, der sich bei der Sektion einer Paralytikerleiche infizierte und 7 Jahre später einem Hirngumma erlag. Der Fall ist von *Jahnel* beglaubigt und darf daher hier mitgezählt werden. Bei dem großen Reichtum des Hirns von Paralytikern an auch beweglichen Spir. pall. ist auch bei solchen Sektionen die Übertragung sehr wohl möglich, und diese Gefahr ist künftig wohl zu beachten (siehe S. 171).

17. *Hoffmann*, ebenda. Nach Verletzung bei der Sektion eines kongenital-syphilitischen Kindes trat bei einem Leichenwärter am Daumen ein Primäraffekt auf, der eine schwer verlaufende Lues (Iritis, Endarteriitis) zur Folge hatte (briefl. Mitteilung von *G. Herxheimer*). Da der Fall von einem so erfahrenen Pathologen beglaubigt wird, kann er ebenfalls hier mitgerechnet werden.

Aus den Antworten auf die letzte Umfrage von Herrn Prof. *Hoffmann* (1927) kann ich noch folgende drei Fälle neu hinzufügen:

18. *Schmorl* (Dresden): Ein Laboratoriumsdiener einer Frauenklinik aquirierte nach der Sektion eines kongenital-syphilitischen totgeborenen Kindes eine typische sehr schwere Syphilis. Der Primäraffekt saß am Mittelfinger der rechten Hand (Fall in der Literatur bisher nicht erwähnt).

Auch hier ist es ein sehr erfahrener Pathologe, der diese Beobachtung verbürgt.

19. und 20. *Matzenauer* (aus *E. Hoffmanns* Umfrage 1927). Hier handelt es sich um einen Pathologen, der die Obduktion bei einem syphilitischen Kind, das in der vorhergehenden Nacht eingeliefert worden war, ausführte. Er sowohl als auch der ihm assistierende Diener trugen einen Primäraffekt davon, der Arzt an der seitlichen Halsgegend, wo er sich offenbar während der Obduktion gekratzt hatte, der Anatomiediener am Finger. Beide bekamen eine maligne Lues, der Arzt wohl infolge seiner gleichzeitigen Tuberkulose, der Anatomiediener vielleicht infolge Alkoholismus. (Diese beiden Fälle sind in der Literatur nicht erwähnt.)

Die 2 letzten Fälle sind ganz besonders wichtig, einmal weil es sich um eine *Infektion zweier Personen von der gleichen frischen Kindesleiche* handelt, zweitens weil in beiden Fällen ein ungewöhnlich *schwerer Verlauf* der Syphilis die Folge der wohl massigen Ansteckung gewesen ist, und drittens weil aus diesen Eingeweihten wohl bekannten Fällen sich deutlich zeigt, daß derartige Erkrankungen oft *aus begreiflicher Scheu nicht veröffentlicht werden.*

Daß solche Rücksichten in der Tat nicht selten mitspielen, hat *E. Hoffmann* schon mit Bezug auf andere Syphilisinfektionen beruflicher Art (auch im Laboratorium) hervorgehoben; hieraus mag sich neben der Nachwirkung des falschen Dogmas

Digitized by Google

von der Unmöglichkeit der Leicheninfektion die so spärliche Kasuistik zum Teil erklären.

Diese eben beschriebenen 20 Fälle beweisen uns die *Möglichkeit einer syphilitischen Infektion durch Leichenmaterial.* Die Krankengeschichten machen uns bekannt mit den Bedingungen, die zu einer Infektion führen und geben uns Aufschluß über die ersten Erscheinungen mit der häufigen Verkennung der Diagnose und über den Verlauf der Erkrankung, bei dem wir öfters eine gewisse Bösartigkeit mit entsprechend ungünstiger Prognose feststellen können.

Daß in diesen Fällen die syphilitische Infektion wirklich durch Leichenmaterial hervorgerufen war, beweisen uns die folgenden Gesichtspunkte:

1. Bei jedem angegebenen Fall waren im *obduzierten Material infektionsfähige syphilitische Veränderungen* vorhanden. Es handelte sich hierbei um 15 Leichen von kongenital-syphilitischen Kindern und 5 von erwachsenen Syphilitikern, von denen 3 an florider kondylomatöser Lues, 1 an Hirnlues und 1 an Paralyse litten.

2. Die *Zeit zwischen Exitus und Obduktion* betrug bis zu 24 Stunden.

3. Die Infizierten kamen nach den Angaben der Autoren *berufsmäßig ausschließlich mit Leichenmaterial* in Berührung.

4. Lokalisation: in 11 Fällen sind Fingerverletzungen bei der Sektion angezeigt worden. Die *P.A. wurden bei allen 20 Fällen infolge Verwechslung mit Panaritium oder Leichentuberkel nicht rechtzeitig erkannt.* Wir sehen also, daß die Feststellung einer Verletzung bei der Sektion für die Entwicklung des P.A. nicht immer notwendig ist, was besonders aus dem zweiten *(E. Hoffmann)* und zwölften Fall *(Siebert)* hervorgeht, bei denen angenommen wird, daß das Virus infolge einer durch relativ langdauernde Berührung mit Gewebssaft der Leiche hervorgerufenen Mazeration oder unsichtbaren kleinen Läsion der Finger zum Haften kam.

5. Der *Verlauf der Syphilisinfektion* wich im allgemeinen zeitlich nicht von der Norm ab. In 5 Fällen kam es zu einer sekundären Syphilis mit universellen Haut- und Schleimhauterscheinungen teilweise in Form eines pustulösen Exanthems. Zwei Patienten erkrankten an Syphilis III gummosa, unter denen sich ein Fall von Hirngumma befand. In 3 Fällen kam es zu einer Lues maligna. 3 Fälle verliefen günstig; bei anderen 5 Fällen sind genauere Angaben über den weiteren Verlauf nicht vorhanden.

Digitized by Google

Wir sehen also, daß Leicheninfektion mit Syphilis sehr wohl möglich ist. Es scheint, daß sie zu schwerem Verlauf disponiert. Zu erklären ist dieses vielleicht durch die Mischinfektion mit Leichenbakterien, die sich nicht nur in lokalen Eiterungsprozessen äußert, wie Panaritium und Lymphangitis, sondern zu pyämieähnlichen Prozessen führt und damit die Abwehrkräfte des Organismus schwächt und den Verlauf der Syphilis ungünstig beeinflußt. Hinzu kommt noch, daß der lange Bestand eines Primäraffektes durch Leichenmaterial infolge der durch die Verkennung der Diagnose unterbleibenden oder lang hinausgeschobenen spezifischen Behandlung zu einer schweren Durchseuchung des ganzen Organismus mit allen ihren Folgen führt.

Dabei spielen noch zweifellos der *Allgemeinzustand des Organismus* und einige Besonderheiten des Individuums eine Rolle, die den Verlauf der Syphilis komplizieren, wie z. B. Tuberkulose und Alkoholismus (2 Fälle von *Matzenauer* 10 und 11).

Daß wir in der Literatur verhältnismäßig so selten Leicheninfektionen mit Syphilis erwähnt finden, hat verschiedene Ursachen. Zunächst kommt es ziemlich selten vor, daß ein Individuum mit florider Syphilis stirbt, da die Syphilis im frischen Stadium kaum zum Tode führt und nur eine interkurrente Erkrankung den Exitus letalis herbeiführen kann. Ferner ist der Kreis der Personen, die mit der Leiche in nähere Berührung kommen, auf Ärzte, Wärter und Diener an pathologisch-anatomischen Instituten beschränkt. Auch die Ungenauigkeit der bis jetzt bestehenden Statistiken über Syphilis, die Schweigepflicht des Arztes und besonders die Scheu der Patienten, ihre Erkrankung anzugeben, tragen dazu bei, daß die Zahl der bekannten Fälle gering ist, da ja auch die Berufsinfektion aus sehr begreiflichen Gründen möglichst verschwiegen wird, ja selbst auf Rentenansprüche lieber verzichtet wird, als daß die Infektion mit Syphilis angegeben wird. Dies beweisen die auf die Rundfragen *E. Hoffmanns* angegebenen, in der Literatur nicht erwähnten 13 Fälle. Aus diesen Gründen darf man wohl der Ansicht sein, daß die bisher bekannten 38 Fälle lange nicht sämtliche Leicheninfektionen mit Syphilis umfassen, und daß man aus der Seltenheit der in der Literatur veröffentlichten Fälle nicht auf die ebenso große Seltenheit des wirklichen Vorkommens schließen darf.

Die seltene Erwähnung von solchen Fällen war wohl mit ein Grund dafür, daß eine Reihe von Autoren an der Möglichkeit einer Leicheninfektion mit Syphilis bis in die letzte Zeit überhaupt zweifelten. So z. B. schreibt ein bekannter patho-

Digitized by Google

logischer Anatom auf die Rundfrage von *E. Hoffmann:* „Es erscheint mir nicht unbegreiflich, daß manchen Pathologen über die Tatsache, daß eine Syphilisinfektion von der Leiche möglich ist, nichts bekannt war, da nur wenige diesbezügliche Fälle in der Literatur publiziert wurden, und diese wohl zumeist in dermatologischen Fachschriften." Ferner ist in der pathologisch-anatomischen Literatur, soweit ich sie übersehen konnte, nur ein derartiger Fall von *Jesionek* (l. c.) publiziert worden. Gerade deswegen sind die Rundfragen und Arbeiten von *E. Hoffmann,* die eine Anzahl von noch nicht publizierten Fällen bringen, von großer Bedeutung, da sie die Erkenntnis der Möglichkeit einer Leicheninfektion in weitere Kreise der Ärzteschaft tragen und zur Vorsicht bei Sektionsverletzungen und zur Prophylaxe mahnen.

Für die Prophylaxe kommen zunächst genügend widerstandsfähige intakte Gummihandschuhe in Frage. Richtig ist zwar, daß Gummihandschuhe nicht vor Stich- und Schnittverletzungen schützen, aber sie bieten doch einen weitgehenden Schutz gegen das Eindringen von Spir. pall., freilich nur, wenn sie unverletzt bleiben. Die Ansichten der pathologischen Anatomen über den Wert der Gummihandschuhe, auch wenn Leinenhandschuhe darüber gezogen werden, sind noch auseinandergehend, und manche halten Gummihandschuhe, falls sie einen Riß bekommen, gar für geeignet, eine Eiterinfektion an den Haarbälgen dadurch zu begünstigen, daß sie schmierige Massen zwischen Haut und Handschuhe festhalten und eher haften lassen (*Benda, Ceelen* u. a.). Gegen die syphilitische Infektion dürften sie aber doch empfehlenswert sein und einen weitgehenden Schutz gewähren. Daß sie auch sonst nützlich sind, bestätigt auch die Antwort eines pathologischen Anatomen (*E. Hoffmanns* Korrespondenz), der sagt, daß nach seiner Ansicht rein statistisch die Zahl der Leicheninfektionen nach Einführung der Gummihandschuhe überhaupt stark abgenommen hat. Das gleiche bestätigen auch andere Pathologen.

Falls bei einer dringend notwendigen Sektion Gummihandschuhe nicht vorhanden sind, ist es unbedingt erforderlich, die Hände und Unterarme vor der Sektion sorgfältig mit Borlanolin einzufetten. (Vaseline ist unpraktisch, da sie sich nachher nur schwer abwaschen läßt.) Es erscheint weiterhin sogar ratsam, wenn auch Gummihandschuhe vorhanden sind, trotzdem diese Prozedur vorzunehmen und über die eingefetteten Hände die Handschuhe zu ziehen.

Digitized by Google

Schnitt-, Stich- und Rißwunden, die schon vorher bestanden oder bei der Sektion erfolgen, werden natürlich immer leicht zur Infektion führen. Sie müssen durch gut klebende Pflaster u. dgl. gut bedeckt und sicher abgeschlossen werden. Was die für solche Fälle von verschiedenen Seiten angegebenen Schutzsalben und Desinfektionslösungen angeht, so stellen sie, wie die Erfahrung zeigt, kein die Infektion sicher verhütendes Mittel dar, indessen ist 0,4% Sublimatsalbe oder 1‰ Sublimatlösung doch empfehlenswert. Wenn nur infolge der Kenntnis der Leicheninfektion bei allen verdächtigen Fällen, besonders Föten und Kinderleichen, bei denen der Spirochätennachweis im Dunkelfeld die Sachlage ja schnell klärt, *Vorsicht* geübt wird, so wie sie der Kliniker bei Untersuchung seiner Patienten doch auch durchführt (Reinlichkeit, Handschuhe, Einsalben, evtl. sofortige Desinfektion mit Sublimat), so ist damit schon viel erreicht; denn allzu leicht haftet anscheinend das Leichenvirus nicht, wie aus der auffallenden Seltenheit solcher Infektionen auch heute noch geschlossen werden darf. Bei allen im Anschluß an Sektionen auftretenden Läsionen ist die Verletzung wiederholt und sorgfältigst auf Spirochäten zu untersuchen, sowie die regionären Drüsen zu beobachten und vermittels der Drüsenpunktion *(E. Hoffmann)* möglichst frühzeitig die Abwesenheit von Spir. pall. festzustellen. Vor allem darf man sich nicht mit der Annahme eines „chronischen Nagel- oder Fingerpanaritiums" oder eines Leichentuberkels zufrieden geben, sondern muß *stets an die Möglichkeit der Lues* denken. Die genaue Untersuchung auf Spir. pall. wird meist schnell und leicht die Diagnose klären, aber auch bei mehrfach negativem Befund ist eine sorgsame weitere Beobachtung und mehrfache serologische Untersuchung bis 3 Monate nach der Infektionsmöglichkeit notwendig. Dabei ist zu beachten, daß der Primäraffekt durchschnittlich nach 3 Wochen, die positive Wa.R. meist erst nach 6 Wochen auftritt; freilich sind gerade bei massigen Sektions- oder Operationsinfektionen verkürzte Inkubationszeiten möglich. Das Verhalten der regionären Drüsen ist ungemein wichtig, und ihre Schwellung, zumal wenn sie hart und wenig schmerzhaft ist, ist stets verdächtig. Auch Mischinfektionen (mit Tuberkulose oder Pyodermien) sind möglich und können die Diagnose erschweren; alsdann sind neben der mehrfachen Untersuchung auf Spir. pall. die serologischen Reaktionen besonders genau zu beachten.

Digitized by Google

Nur bei Befolgung dieser Regeln werden so bedauernswerte Verkennungen, wie wir oben sahen, vermieden werden, und dann wird wenigstens die Frühdiagnose und Frühheilung dieser Berufsinfektionen leichter möglich sein.

Zum Schluß seien noch zwei Fragen erörtert, die uns beim Studium der syphilitischen Leicheninfektion entgegentreten.

Die eine ist die, weshalb *Leicheninfektionen* so außerordentlich *selten* sind, die zweite, die nach der *Begutachtung solcher Fälle* hinsichtlich einer *Entschädigung*.

Die *erste* Frage ist bereits gestreift worden. Daß Leicheninfektionen selten sind, scheint daraus hervorzugehen, daß Pathologen, die über ein sehr großes Material verfügen, wie *Lubarsch* u. a. nie eine solche gesehen haben. Mag auch das Dogma, es gäbe keine Leicheninfektion, daran mit Schuld tragen, mögen die betroffenen Ärzte, Studierenden und Gehilfen aus begreiflichen Rücksichten ihr Leiden öfters verheimlichen und eher an andere Quellen (Untersuchung Lebender) denken, die *Spärlichkeit der Kasuistik* mit nur 20 sicheren Fällen und 14 wahrscheinlichen bleibt doch ungemein auffallend. Auch mehrfache Rundfragen bei allen Direktoren der pathologischen Institute und dermatologischen Kliniken haben trotz des Hinweises auf solche Fälle nur ein recht dürftiges Ergebnis gehabt. Dabei sind Sektionen hochinfektiöser Kinderleichen usw. doch keineswegs selten und die Vorsicht der Sezierenden oft nicht gerade groß. Fingerinfektionen bei Ärzten und Operateuren, die mit lebenden Syphilitikern zu tun haben, sind unzweifelhaft weit häufiger. Nicht nur um das alte Dogma zu beseitigen, sondern auch um diese Seltenheit womöglich zu ergründen, ließ *E. Hoffmann* die Tierexperimente durch *Zurhelle* und *Strempel*, über die oben berichtet wurde, auf breiter Basis durchführen. Sie geben uns den Beweis für die Möglichkeit der Leicheninfektion bei massiger Einbringung von Spir. pall., vielleicht auch eine gewisse Erklärung für die so außerordentliche Seltenheit der Leichenansteckung beim Menschen. Denn die Tierexperimente lassen bei längerem Liegen der Leichenstücke doch eine gewisse Abschwächung des Virus erkennen, die bis zur symptomlosen oder mit Zwergschanker einhergehenden Erkrankung gehen kann. Eine so massige Infektion aber, wie sie im Experiment gesetzt wird, kommt bei Sektionen nicht vor; denn auf Sauberkeit halten alle Obduzenten, schon zur Vermeidung der akuten Leicheninfektionen mit Tuberkulose; alle Verletzungen pflegen sie sehr gründlich auszuwaschen und zu

Digitized by Google

desinfizieren, so daß nur minimale Virusmengen — abgesehen von seltenen Ausnahmen — haften bleiben dürften. Nun müssen wir auf Grund unserer klinischen Erfahrungen annehmen, daß das syphilitische Virus schon an den Lippen, mehr noch an den Fingern, nicht mehr so leicht haftet wie an den Genitalien, und dürfen wohl auch, wie Prof. *Hoffmann* es mir gegenüber ausgesprochen hat, die Meinung hegen, daß in menschlichen Leichen eine gewisse Abschwächung der Infektionskraft doch allmählich erfolgen dürfte. Hierdurch mag es sich erklären, daß Leicheninfektionen so selten sind, und nur unter gewissen uns noch nicht ganz klaren Bedingungen zustande kommen.

Für die Begutachtung, die Prof. *Hoffmann* in einem Fall übernommen hat, hat er sich auf den Standpunkt gestellt, daß den traurigen Opfern einer solchen Infektion eine Entschädigung gewährt werden solle, wenn ihre Arbeitskraft und Gesundheit dadurch Schaden erlitten hat. Leider versuchen die Versicherungsgesellschaften auch in diesen doch so seltenen Fällen sich ihren Pflichten dem Arzt usw. gegenüber auf Grund irgendwelcher einschränkender Bestimmungen, die nur bestimmte Unfälle anerkennen, zu entziehen, zumal wenn der Versicherte eine besondere Wunde oder dergleichen nicht nachweisen kann. Eine *Entschädigung* scheint aber auch nach dem Urteil der meisten Pathologen und Dermatologen, die in der Umfrage sich zu diesem Punkte äußerten, angemessen, zumal bei der Seltenheit solcher Leichensyphilisfälle ein besonders unglücklicher Zufall ja mitspielen dürfte. Abzuschließende Versicherungen sollten auch nach dieser Richtung hin geprüft werden, und wo die Versicherung versagt, sollte die städtische oder staatliche Behörde bei nachgewiesenem vorübergehenden oder dauernden Schaden eine angemessene Entschädigung gewähren.

Fasse ich das Ergebnis meiner Arbeit zusammen, so läßt sich folgendes sagen:

1. Das Dogma, daß Leicheninfektionen mit Syphilis beim Menschen nicht vorkommen, ist falsch.

2. Durch breit angelegte Tierversuche (*Zurhelle* und *Strempel*) ist die Möglichkeit der Leicheninfektion erwiesen, und zwar nicht nur bis zu 24 Stunden nach dem Tode, sondern auch länger.

3. Die Leicheninfektion beim Menschen ist auffallend selten. Selbst durch mehrfache Umfragen bei den Direktoren der pathologischen Institute und dermatologischen Kliniken

Digitized by Google

konnten nur 20 sichere Fälle gesammelt werden; auch die Zahl der mehr oder weniger wahrscheinlichen Fälle ist bei Berücksichtigung der Gesamtliteratur ungemein spärlich (14).

4. Die Schanker saßen in fast allen Fällen an den Fingern (3 an den Zeigefingern, 4 am Daumen, 10 an anderen Fingern), einmal wurde ein Schanker am Halse, selten keiner beobachtet. In bezug auf den histologischen Befund und die Lagerung der Spir. pall. unterschieden sich die durch Leichenvirus erzeugten Schanker nicht von den bei frischer Ansteckung bekannten Bildern.

5. Der Verlauf mancher dieser Leicheninfektionen war schwer; dreimal bestand maligne Lues.

6. Alle Fälle wurden nicht rechtzeitig diagnostiziert, manche sogar auffallend lange verkannt.

7. Bei jeder Leicheninfektion ist neben Tuberkulose usw. auch an Syphilis zu denken. Sorgsame *Spirochätenuntersuchung*, Beachtung und Punktion der Drüsen, sowie mehrfache serologische Untersuchung ermöglichen heute die sichere Frühdiagnose und dann auch die Frühheilung mit dem *E. Hoffmann*schen Kurmaß.

8. Bei sachgemäßer Behandlung mit Salvarsan und Wismut ist die Prognose dieser traurigen Fälle im allgemeinen als günstig anzusehen.

9. Die Seltenheit der Leicheninfektion, die so weit geht, daß sehr erfahrene Pathologen, wie *Lubarsch*, trotz eines Riesenmaterials nie eine solche gesehen haben, ist noch nicht ganz aufgeklärt; eine gewisse Abschwächung des Syphilisvirus in Leichen (Abnahme der Penetrationsfähigkeit) dürfte doch wohl anzunehmen sein.

10. Größte Reinlichkeit und Vorsicht, Tragen einwandfreier Gummihandschuhe oder gute Einfettung (oder beides zugleich) sowie genaue Beachtung jeder noch so kleinen Verletzung sind dringend anzuraten, um so traurige Infektionen, die besonders durch Leichen von Kindern und Föten, aber auch von Erwachsenen und selbst Paralytikern entstehen, zu vermeiden.

Literaturverzeichnis.

[1]) *Neumann*, Über extragenitale Sklerosen. Wien. klin. Wschr. 1890. Nr. 15. — [2]) *Morrow*, A Possible Case of Syphitic Infection from the Cadaver. Journ. of cut. and gen. ur. dis. 1898. p. 541. — [3]) *J. K. Proksch*, Syphilisinfektion durch Leichname. Derm. Ztlbl. 1900. Nr. 1. Monatsh. f. prakt. Derm.

Digitized by Google

1900. Nr. 31. — [4]) *Trüb*, Die Syphilis als Berufskrankheit der Ärzte. Sammlung zwangl. Abhandl. aus dem Gebiet der Derm. u. Syph. 1923. H. 1. — [5]) *E. Hoffmann*, Über Syphilisinfektion mit Leichenmaterial und evtl. Schmarozertum der Spir. pall. M. m. Wschr. 1926. Nr. 5. S. 185—187. — [6]) *Derselbe*, Über Leicheninfektion mit Syphilis und die Bedeutung der Spirochätenuntersuchung für die Erkennung. Wien. m. Wschr. 1926. Nr. 30. — [7]) *Pürckhauer*, Über Syphilisinfektion mit Leichenmaterial. Ztlbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankheiten. Bd. 20. 1926. S. 273. — [8]) *E. Hoffmann*, Ätiologie der Syphilis im Handb. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. 1912. S. 826. — [9]) *P. Manteufel*, Untersuchungen zu der Frage, ob die pathogenen Spirochäten sauerstoffdürftige oder sauerstoffscheue Mikroorganismen sind. Ztlbl. f. Bakt. usw. 1. Abt. Orig.-Bd. 89. 1923. S. 266. — [10]) *Mucha* und *Landsteiner*, Wien. derm. Ges. 9. 1. 1907. Arch. f. Derm. 1907. S. 441. — [11]) *Strempel* und *Armuzzi*, Über das Verhalten der Spir. pall. in totem Gewebe. Arch. f. Derm. u. Syph. 1926. S. 295. — [12]) *E. Kratzeisen*, Über postmortale Spirochätenvermehrung in der Leiche. Ztlbl. f. Bakt. usw. Abt. 1. Orig.-Bd. 90. S. 91 bis 94. — [13]) *Truffi*, zit. nach *Neißer:* Beitr. z. Path. und Ther. d. Syph. S. 122. — [14]) *Buschke*, Spirochäten bei Syphilis. VI. Intern. Derm.-Kongreß. New York 1907. S. 700. — [15]) *Jesionek*, Vorsicht vor syphilitischer Infektion. Korrespondenzbl. d. ärztl. Ver. in Hessen. 1919. Nr. 6/7. S. 42. Ztlbl. f. Path. Bd. 31. 1920/21 *(Grufer)*. — [16]) *Max Koch*, Experimentelle Hodensyphilis beim Kaninchen durch Verimpfung kongenital-syphilitischen Materials. Berl. klin. Wschr. 1911. Nr. 30. S. 1404. — [17]) *Zurhelle* und *Strempel*, Studien über Lebensfähigkeit und Virulenzerhaltung der Spir. pall. in totem Gewebe. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 153. H. 1. 1927. — [18]) *Morgagni*, Mtsschr. für prakt. Derm. 1888. S. 203. — [19]) *Sommering*, zit. nach *Bulkley:* Syphilis of the Innocent. New York 1894. S. 367. — [20]) *Nejelow*, Wratsch. 1896. Nr. 8. Zit. bei *Scheuer:* Die Syphilis der Unschuldigen. S. 209. — [21]) *Taylor*, Journ. of cut. and. gen. urin. dis. 1890. Vol. VIII. S. 206. — [22]) *Lang*, zit. bei *Lang:* Einiges über Syphiliskontagium und Syphilistherapie. Wien. med. Wschr. 1900. Nr. 23. S. 1116. — [23]) *J. Neumann*, Wien. klin. Wschr. 1902. Nr. 39. S. 1001. — [24]) *Witte*, Über extragenitale P. A. Inaug. Diss. Kiel 1903. S. 21. Allgem. med. Centralztg. 1903, zit bei *Trüb*. — [25]) *Lenz*, Syphilis insontium. Wien. klin. Rundschau. 1896. Nr. 6. S. 93, zit. nach *Trüb*. — [26]) *Hausemann*, Deutsche Ärzte-Ztschr. 1900. Nr. 22, zit. nach *Trüb*. — [27]) *Vogel*, Arch. f. klin. Med. 1877. Bd. XX, zit. nach *Trüb*. — [28]) *Blaschko*, Berl. klin. Wschr. 1904. Nr. 52, zit. nach *Trüb*. — [29]) *Ullmann*, Wien. derm. Ges. 6. 3. 1907. Arch. Bd. 84. S. 457, zit. nach *Trüb*. — [30]) *Scherber*, Ztschr. z. Bekämpfung d. Geschlechtskrankh. Bd. 8. Nr. 5. S. 167.

Digitized by Google

III.

(Aus der Klinik für Dermatologie und Syphilidologie der Universität Innsbruck [Vorstand: Prof. Dr. *Wilhelm Kerl*].)

Ein Beitrag zur Kenntnis des Granuloma annulare.

Von

Dr. JOSEF KONRAD,

Assistent der Klinik.

Das im Jahre 1895 von Colcott Fox als ringed eruption of the fingers beschriebene Krankheitsbild erhielt in der Folgezeit von Radcliffe Crocker, der später über analoge Fälle berichtete, den Namen Granuloma annulare. Das relativ seltene Vorkommen von Fällen mit Granuloma annulare und die viel umstrittene Ätiologie rechtfertigt die Mitteilung eines Falles, der an der Klinik zur Beobachtung kam.

Anamnese: 16 Jahre altes, bisher vollkommen gesundes Mädchen mit anämischen Aussehen. Sowohl die Eltern wie die Geschwister der Patientin sind gesund und geben in der Anamnese keinen Anhaltspunkt für eine durchgemachte oder bestehende Tuberkulose. Die ersten Menses mit 15½ Jahren waren regelmäßig und schmerzlos, jedoch mit starkem Blutverlust verbunden. Die Patientin bemerkte im Frühjahr 1926 das Auftreten von Veränderungen an den Fingern beider Hände in folgender Reihenfolge: Zuerst ein ungefähr schillinggroßer Herd an der radialen Seite des dritten rechten Fingers, einige Wochen später ein über groschenstückgroßer Herd an der Beugeseite der Grundphalanx des vierten linken Fingers, dann ein Herd in derselben Größe und an derselben Stelle rechts und zuletzt ein etwas kleinerer Herd an der Beugeseite über dem Köpfchen des Metacarpale II links. Alle diese Veränderungen traten innerhalb von drei Monaten auf.

Status praesens: Die Haut zeigt an den befallenen vier Stellen verschieden große, scharf begrenzte, ringförmige Herde mit zentraler atrophischer Partie und einen schmalen, 2—3 mm breiten, grauweißlichen, deutlich erhabenen Wall. Die einzelnen Effloreszenzen, die diesen Wall zusammensetzen, bestehen aus scharf abgesetzten, rundlichen, ungefähr linsengroßen Knötchen, die halbkugelig vorspringen und eine derbe Konsistenz aufweisen. Die Farbe der einzelnen Knötchen ist weißlich, die auf Glasdruck noch intensiver erscheint. Sämtliche Herde fallen gegen die Peripherie hin steiler wie gegen das Zentrum zu ab. Die Affektion ist vollkommen schmerzfrei und auf der Unterlage gut verschieblich. Die Haut des übrigen Körpers ist frei von Veränderungen.

Digitized by Google

Die Untersuchung der Lunge sowie die angestellte Pirquet-Reaktion ergaben negatives Ergebnis. Wa.R. und M.T.R. negativ, Albumen und Sacch. negativ.

Das Granuloma annulare ist sowohl klinisch, durch die Lokalisation meist an den Händen, durch die Neigung, sich in Ringform zu gruppieren und durch den chronischen Verlauf des Prozesses, histologisch durch ein auf die mittlere Kutis beschränktes Granulationsgewebe mit Neigung zu zentraler Nekrose hinlänglich geklärt, während die Ansicht über die Ätiologie des Krankheitsbildes bisher durchaus nicht einheitlich ist. Für die Tbc.-Ätiologie des Granuloma annulare treten insbesondere ein *Pick, Stettler, Grütz, Pinkus, Little,* während *Rasch, Gregersen, Galewsky* und in letzter Zeit *Kenedy* das Granuloma annulare als einen neuen Typus benigner sarkoider Geschwülste der Haut ansehen. *Lewandowsky schließt sich in seiner Auffassung Arndt an, der das Beweismaterial für die Tuberkulose als Ätiologie für vollkommen ungenügend hält, das Granuloma annulare als eine chronisch infektiöse Granulationsgeschwulst ansieht und betreffs der Ätiologie einen abwartenden Standpunkt empfiehlt. Kyrle* hält die Affektion für einen Granulationsprozeß, der gelegentlich mit Bildung tuberkuloider Struktur einhergeht, und *Gans führt an, daß es immer wahrscheinlicher wird, daß das Granuloma annulare ätiologisch zum Tuberkelbazillus in Beziehung steht.*

In unserem Falle ergab die histologische Untersuchung eines exzidierten Stückchens aus der Randpartie eines Herdes:

Die Veränderungen in der Epidermis sind durchweg sekundärer Natur. Das Stratum granulosum ist im allgemeinen deutlich erhalten und nur an einzelnen Stellen finden wir es in geringem Grade vermindert. Die Grenzlinie zwischen Papillarkörper und Epidermis ist nahezu unverändert, die Ausbildung der Retezapfen vielleicht an einzelnen Stellen abgeflacht. Sowohl in den oberen wie in den mittleren Partien der Cutis finden sich zahlreiche ausgedehnte nekrotische Partien des subpapillären Bindegewebes, die umgeben sind von einem peripheren Infiltrationswall, der größtenteils aus kleinen Lymphozyten besteht. An einzelnen Stellen finden sich knötchenförmige Herde, die fast durchweg aus Epitheloidzellen aufgebaut sind. Riesenzellen wurden keine gefunden. In den mit Ziehl-Neelsen gefärbten Schnitten waren keine Tuberkelbazillen nachweisbar.

Zum Zwecke eines Tierversuches wurde aus einem zweiten Herd ein Stückchen exzidiert, in physiologischer Kochsalzlösung zerkleinert und zwei Meerschweinchen damit intraperitoneal geimpft. Die Impfung ergab ein negatives Resultat. Nachdem in neuester Zeit angegeben ist, daß erst nach wiederholter Passage im Tierversuch in ähnlichen Fällen ein positives Impfergebnis erzielt werden konnte, wird ein Versuch in dieser Richtung fortgeführt.

Digitized by Google

In der Literatur über das Granuloma annulare werden die verschiedensten therapeutischen Maßnahmen empfohlen, wie Röntgen, Radium, Quarzkompression, CO_2.

Jadassohn empfiehlt die innere Medikation von Arsen, während *Little* der äußeren Behandlung mit Salyzil, Ichthyol und Resorzinsalben den Vorzug gibt. *Arndt* empfiehlt die partielle Exzision, worüber auch *Grütz* und *Hornemann* berichten, da es sich gezeigt hat, daß im Anschluß an kleine Exzisionen der betreffende Herd und in manchen Fällen alle erkrankten Partien sich vollständig rückgebildet haben. Auf welchem Wege nach vorgenommener Teilexzision diese Rückbildung der Erscheinungen zustande kommt, ist wohl nicht mit Sicherheit zu erklären. *Adamson* schreibt die lokale Heilwirkung nach der Exzision dem Verbande zu, während *Brun* es für wahrscheinlicher hält, daß der durch die Exzision gesetzte Entzündungsreiz die Heilung in die Wege leitet.

Auch in unserem Falle sind beide Herde, an denen die Exzision erfolgte, in rascher Zeit vollkommen verschwunden, während die anderen zwei Herde unter Anwendung einer 5%igen Ichthyolzinkpaste sich wohl besserten, aber immer noch durch die charakteristische Ringform mit nur mehr flach erhabenen Rändern zu erkennen sind. Es scheint die partielle Teilexzision wohl jene Therapie zu sein, die am raschesten die Erscheinungen beseitigt.

Der Nachweis eines Zusammenhanges mit Tuberkulose war in unserem Falle weder klinisch noch histologisch und auch nicht im Tierversuch zu erbringen.

Literaturverzeichnis

Arndt, Zur Kenntnis des Gr. a. Arch. f. Derm. 1911. Bd. 108. S. 228. — *Brun*, Ein Beitrag zur Kenntnis des Gr. a. Arch. f. Derm. Bd. 135. S. 117. — *Gans*, Histol. d. Hautkrankh. Berlin 1925. Jul. Springer. S. 551. — *Grütz* u. *Hornemann*, Beitrag zur Klinik u. Histologie des Gr. a. Arch. f. Derm. 1921. Bd. 136. S. 1. — *Kenedy*, Über einen Fall von Gr. a. Arch. f. Derm. Bd. 140. S. 70. — *Kyrle*, Histo-Biologie der menschl. Haut und ihrer Erkrankungen. Berlin 1927. Jul. Springer. Bd. 2. S. 193. — *Lewandowsky*, Die Tuberkulose der Haut. Berlin 1916. Jul. Springer. S. 205. — *Pick*, Zur Ätiologie des Gr. a. Derm. Wschr. Bd. 79. S. 1603. — *Pinkus*, Berl. derm. Ges. 12. Dez. 1922. Ref. Ztrlbl. Bd. 7. 1923. S. 303. — *Rasch* u. *Gregersen*, Über einen neuen Typus von sarkoiden Geschwülsten der Haut. Arch. f. Derm. Bd. 64. S. 337. — *Stettler*, Beitrag zur Kenntnis des Gr. a. Arch. f. Derm. Bd. 132. 1921. S. 314.

Digitized by Google

IV.

Hautschädigungen bei Post- und Telegraphenangestellten.

Von

Prof. ARTH. JORDAN,
Moskau.

Obgleich *M. Oppenheim* in seiner mustergültigen Arbeit über die „Klinik der beruflichen und gewerblichen Dermatitiden" unter den Berufen und Gewerben, welche am häufigsten vom Gewerbeekzem befallen werden, der Post- und Telegraphenbeamten nicht gedenkt, so fügt er doch hinzu, daß seine Aufzählung keineswegs auf Lückenlosigkeit Anspruch erhebt. Je mehr wir den Hautschädigungen nachgehen, desto mehr erweitern sich unsere Kenntnisse über die äußeren Ursachen derselben. Als Konsultant an der „Narswjas" zu Moskau, der hiesigen, das Post-, Telegraph-, Telephon- und Funkspruchamt umfassenden, zentralen Institution sehe ich bei den Angestellten derselben, freilich einschließlich auch ihrer Angehörigen, viel Hauterkrankungen.

Im Jahre 1925 beispielsweise suchten mich 927 haut- und geschlechtskranke Personen dieser Ämter auf, von denen 225 an Ekzem litten. Die meisten dieser Ekzemfälle hatten natürlich nichts mit den Beruf zu tun, da sie entweder gar nicht die Hände der Angestellten oder gar deren Angehörige, besonders oft deren Kinder, betrafen. In 37 Fällen jedoch, darunter 14 mal bei männlichen und 23 mal bei weiblichen Personen, mußte unbedingt an einen Zusammenhang mit dem Beruf gedacht werden, da der Ausschlag erst unter der Arbeit im Posttelegraphenamt aufgetreten war und sich auf die Hände beschränkte. Das würde 4% von Berufsekzem unter allen Haut- und Geschlechtskrankheiten dieser Berufsart ausmachen. Es ist zwar keine große Ziffer, welche aber doch größere Bedeutung gewinnt, wenn ich hinzufüge, daß es sich meist um Telegraphisten handelte. Von Schädigungen durch diesen Beruf wissen wir wenig. Nur *Jellinek* berichtet über Hautverletzungen infolge drahtloser Telegraphie, und *Kutumanow* nennt verschiedene Erkrankungen, welche er bei Telegraphisten sah, wie Muskelrheumatismus, Blutarmut usw., Ekzeme an dritthäufigster Stelle. Um dieser Frage näher auf den Grund zu kommen, nahm ich mit Erlaubnis der Verwaltung, unlängst, an drei verschiedenen Tagen, die Untersuchung aller, an je diesem Tage im Dienst anwesenden Angestellten, dreier großer Abteilungen des Post- und Telegraphenressorts in bezug auf Hautschädigungen vor, wobei ich, wie aus den nachstehenden Tabellen hervorgeht, folgendes verzeichnete.

Digitized by Google

Tabelle I.

Über die Untersuchten:

Angestellte	Gesamtzahl	Männer	Frauen	Gesund befunden	Mit Hautschädigungen
I. des Telegraphenamtes	266	77	189	186	80
II. der Abteilung für Zeitungsbeförderung . .	180	87	93	82	98
III. der Verladungsabteilung	245	160	85	97	148
Insgesamt:	691	324	367	365	326

Tabelle II.

Art der Hautschädigungen

bei den Angestellten	Gesamtzahl der Untersuchten	Darunter mit: Schwielenbildung	Atrophie	Zyanose	Ekzem	Warzen	Längsfurchen	Verletzungen	Onychien	Im Ganzen
I. des Telegraphenamtes	266	24	32	7	11	5	1	—	—	80
II. der Abteilung für Zeitungsbeförderung. .	180	10	45	25	3	9	—	2	4	98
III. der Verladungsabteilung	245	123	10	—	2	1	7	5	—	148
Insgesamt:	691	157	87	32	16	15	8	7	4	326

Tabelle III.

Alter der Personen mit Hautschädigungen.

Art der Hautschädigung	15—20 Jahre	21—25 Jahre	26—30 Jahre	31—35 Jahre	36—40 Jahre	41—45 Jahre	46—50 Jahre	51—55 Jahre	56—60 Jahre	über 60 Jahre	Im Ganzen
1. Schwielenbildung. . .	8	36	37	25	23	12	3	8	4	1	157
2. Atrophie.	2	8	26	15	19	4	6	6	1	—	87
3. Zyanose	1	11	12	4	1	1	1	—	—	1	32
4. Ekzem	—	6	5	2	—	2	1	—	—	—	16
5. Warzen	1	4	5	2	1	2	—	—	—	—	15
6. Längsfurchen	—	2	1	1	3	1	—	—	—	—	8
7. Verletzungen.	—	1	3	—	—	2	1	—	—	—	7
8. Onychien	—	—	1	2	1	—	—	—	—	—	4
Insgesamt:	12	68	90	51	48	24	12	14	5	2	326

Tabelle IV.

Geschlecht der Personen mit Hautschädigungen.

	Gesamtzahl der Untersuchten	Darunter mit: Schwielenbildung	Atrophie	Zyanose	Ekzem	Warzen	Längsfurchen	Verletzungen	Onychien	Im Ganzen
Männlich .	324	95	34	15	5	3	1	5	2	160
Weiblich .	367	62	53	17	11	12	7	2	2	166
Insgesamt:	691	157	87	32	16	15	8	7	4	326

Digitized by Google

Aus diesen Tabellen geht somit deutlich hervor, daß fast bei der Hälfte aller Angestellten (Beamte und Arbeiter) dreier großer Abteilungen des Moskauer Posttelegraphenamtes sich verschiedene Hautveränderungen an den Händen fanden, welche die Betreffenden zwar nicht zum Arzt geführt hatten, aber die bei einer Besichtigung festgestellt werden konnten, wobei es nicht ausgeschlossen ist, daß manche dieser Hautveränderungen mit der Zeit bei den Betreffenden Unbequemlichkeiten hervorrufen könnten. Es handelte sich um Schwielenbildungen, Hautatrophien, Zyanose, Ekzem, Warzen, Längsfurchen, Verletzungen und Nagelveränderungen. Alle diese Haut- bzw. Nägelschädigungen betrafen hauptsächlich Personen im Alter von 20 und 45 Jahren, d. h. freilich diejenigen Jahrgänge, welchen das Gros der Angestellten angehörte. In bezug auf das Geschlecht herrschten, obgleich sich die Gesamtzahl der mit Hautveränderungen behafteten Personen männlichen und weiblichen Geschlechts fast die Wage hielt, gewisse Unterschiede; denn während bei den Schwielenbildungen und Verletzungen die Männer überwogen, war das Umgekehrte der Fall bei den Atrophien, beim Ekzem, bei der Warzen- und Längsfurchenbildung. Zyanosen und Onychien dagegen kamen bei beiden Geschlechtern gleich oft vor. An erster Stelle stehen die Schwielenbildungen, welche sich, wie natürlich bei den Verladern der schweren Postsäcke, in fast 100% vorfanden; aber auch bei den Telegraphisten in einem Viertel der Fälle vorkamen und nur bei den Angestellten der Abteilung für Zeitungsbeförderung selten waren (in einem Zehntel der Fälle).

Die Schwielenbildung betraf in der Mehrzahl der Fälle beide Handflächen, in einem Teil bloß die rechte Vola, in weiteren Fällen bald die volare Fläche eines Fingers, besonders des Daumens, oder einiger Finger, des zweiten und dritten. Meist handelte es sich bei den Verladern um ausgebreitete Schwielenbildung, ausnahmsweise um vereinzelte Clavi an den Fingern oder auf der Handfläche. Bei den Telegraphisten überwogen dagegen die einzeln stehenden Clavi. An zweiter Stelle stehen die Hautatrophien, welche zusammen mit den, die dritte Stelle einnehmenden Zyanosen, am häufigsten bei den Angestellten der Zeitungsbeförderungsabteilung zur Beobachtung kamen und, wie gesagt, bei diesen, wie auch den Telegraphisten öfter das weibliche Geschlecht betrafen. *Oppenheim* sagt in bezug auf die Berufsekzeme überhaupt: „Manchmal sieht man auch atrophische Veränderungen der Haut; diese gehören zum

Digitized by Google

Teil als Stigma zum Berufe, manchmal, wenn auch selten, endet ein Gewerbeekzem in Atrophie, wobei nicht zu entscheiden ist, ob die Tätigkeit selbst oder die wiederholte Hautentzündung dieses verursacht."

Für wiederholte Hautentzündungen finden sich bei den Post- und Telegraphenangestellten keine Hinweise, dagegen erscheint es mir wahrscheinlich, daß bei letzteren die Zyanose, bedingt durch Blutarmut und eine gewisse, niedrige Temperatur in den betreffenden Räumen, wo die Angestellten arbeiten, die Ursache für frühzeitig, schon im Alter von 26—40 Jahren auftretende Hautatrophie abgibt, welche sich auf die Handrücken lokalisiert. An vierter Stelle stehen die Ekzeme, welche 11 Frauen und 5 Männer betrafen und in 4,3% unter allen Angestellten vorkamen. Merkwürdigerweise stimmt diese Zahl mit der, von mir unter allen Haut- und venerischen -Kranken des Postressorts, welche meine Hilfe aufsuchten, für das professionelle Ekzem gefundenen, genau überein. Die beobachteten Ekzeme waren vorwiegend seborrhoischer, zuweilen dysidrotischer oder keratotischer Natur. Erstere saßen auf den Fingern bzw. Handrücken, letztere auf der volaren Partie. Da sie von mir am häufigsten bei den Telegraphisten gesehen wurden, führe ich sie auf die gummiarabikumhaltige Klebeflüssigkeit zurück, mit welcher die Telegraphisten die Papierstreifen befeuchten, um sie auf ein größeres Blatt Papier aufzukleben. Die betreffenden Beamten ziehen hierbei den Papierstreifen über eine, mit der genannten Klebeflüssigkeit befeuchtete Rolle hin und her und benetzen dabei leicht ihre Finger. Einerseits kann somit die häufige Befeuchtung der Finger, andererseits aber auch die Klebeflüssigkeit an sich, die Ursache abgeben.

Die an fünfter Stelle verzeichneten Warzenbildungen kamen am häufigsten bei den in ganz besonders staubigem Raum arbeitenden Angestellten der Abteilung für die Beförderung der Zeitungen vor, saßen bald auf den Handrücken, bald auf den Handflächen, mehrfach an den Fingernägeln, wobei sie in letzterem Falle von länglicher Gestalt waren.

Wenn alle diese Hautschädigungen mit großer Wahrscheinlichkeit durch den Posttelegraphenberuf erklärt werden können, so ist das schwieriger zu sagen in bezug auf die Fälle von Längsfurchenbildung auf der volaren Fläche der Finger. Diese kamen fast nur bei den Verladern, richtiger den Verladerinnen vor, welche es nebenbei zu Hause mit Kochen und Waschen zu tun haben, so daß bei ihnen das Wasser eine Rolle mitspielen dürfte.

Digitized by Google

Verletzungen in Form von Hautabschürfungen sah ich vorwiegend bei den Verladern, welche selbstverständlich sich beim Heben und Tragen schwerer Lasten leicht verletzen können. Merkwürdig, daß sich bei den Verladern gar keine besonderen Nagelveränderungen feststellen ließen, was eigentlich zu erwarten wäre, sondern daß diese, ab und zu, und nur bei den Angestellten der Abteilung für die Zeitungsbeförderung verzeichnet wurden. Sie bestanden in Längsfurchenbildung, Unebenheiten der Nägel und Onychogryphosis ohne jeden Zusammenhang mit den Ekzemen.

Fassen wir das Gesagte zusammen, so können wir sagen, daß bei den Post- und Telegraphenangestellten verschiedene Hautschädigungen, besonders oft Schwielenbildungen und Atrophien, seltener Ekzeme, Warzenbildungen, Längsfurchen, Verletzungen und Onychien vorkommen, welche zwar nicht etwas für diesen Beruf ganz Apartes bilden, aber dennoch, was die Schwielenbildungen, Atrophien und Ekzeme anbetrifft, als Schädigungen durch diesen Beruf anzusehen sind. Als Ursachen wären zu nennen: für die Schwielenbildungen das Heben und Tragen schwerer Lasten bei den Verladern, ein sich oft wiederholender Druck auf bestimmte Partien der Finger bei den Telegraphisten; für die Atrophien eine vorhergehende Zyanose der Hände bei den blutarmen und in einem etwas kühlen Raum arbeitenden Angestellten, hauptsächlich der Zeitungsabteilung, und für die Ekzeme häufige Befeuchtung und Beschmutzung der Finger mit der von den Telegraphisten benutzten Klebeflüssigkeit, in Betracht. Die Warzenbildungen, Längsfurchen, Verletzungen und Onychien als seltenere Erscheinungen dürften mehr zufälliger Natur sein. Prophylaktisch könnte durch Hebung des Allgemeinzustandes, gute Ventilation und höhere Temperatur in den Arbeitsräumen einerseits und größere Sorgfalt bei Benutzung der Klebeflüssigkeit seitens der Telegraphisten andererseits, für die Entwicklung der Atrophien und Ekzeme manches erreicht werden; während die Schwielenbildungen natürlich unvermeidbar sind, solange große und schwere Postsäcke in Anwendung kommen.

Literaturverzeichnis.

Jellinek, Die Schädigungen der Haut durch Beruf und gewerbliche Arbeit. 1922. Bd. 1. S. 176. — *Oppenheim*, ibidem. 1922. Bd. 1. S. 38. — *Kutomanow*, Wratschebnoje Delo. 1927. No. 9 u. 10 (Russisch).

Digitized by Google

V.

(Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin [Dir.-Arzt: Prof. *A. Buschke*].)

Systematisierte Gefäßnaevi.

Von

Dr. FRANZ PIORKOWSKI,
Volontärarzt.

Die Frage der „systematisierten" und strichförmigen Dermatosen, insbesondere der Naevi, kann seit der umfassenden Bearbeitung, die sie durch *Blaschko* gefunden hat, im wesentlichen als gelöst angesehen werden. Wir betrachten mit *Blaschko* diese Gebilde als Folgezustände von Entwicklungsstörungen, die an Linien lokalisiert sind, an welchen in der ersten Embryonalperiode starke Verlagerungen und Verschiebungen der einzelnen Hautterritorien zueinander stattgefunden haben; diese Linien entsprechen im ganzen den Grenzen der „Dermatome" und markieren den ursprünglich metameren Aufbau der Haut.

Der überwiegende Teil der strichförmigen und systematisierten Naevi gehört zur Gruppe der harten (verrucösen) Naevi; bedeutend seltener unter ihnen sind weiche, Pigment- und Haarnaevi; strichförmige *Gefäßnaevi* hatte *Blaschko* noch kaum zu berücksichtigen. Wir sind in der Lage, über zwei kürzlich beobachtete, in dieses Gebiet gehörige Gefäßveränderungen zu berichten, die in verschiedener Hinsicht Interesse beanspruchen.

I. E. L., 21 J., Dienstmädchen, wegen Lues latens und Zervikalgonorrhöe in klinischer Behandlung.

An der Beugeseite des rechten Oberarms, von der vorderen Grenze der Achselhöhle durch den Sulcus bicipitalis medialis und die Mitte der Cubita bis etwa zur Mitte der Längsachse der Beugeseite des Vorderarms verlaufend, findet sich ein aus zahlreichen linsen- bis etwa dreimarkstückgroßen unregelmäßig polyzyklisch begrenzten Flecken bestehender streifenförmiger Naevus anaemicus, der bei Bestreichen mit einer Bürste — besonders im Anfangs- und Endteil — deutlich als blasser Streifen gegen die gerötete Umgebung sich abhebt (s. Abb. 1). Die Haut des Armes ist in Bezug auf Farbe, Sensibilität und sonstige Beschaffenheit völlig normal; die Patientin gibt an, schon seit langem das Bestehen des „hellen Flecks" bemerkt zu haben; Verletzungen oder Verbrennungen habe sie an diesem Teil des Armes nicht erlitten.

Digitized by Google

II. M. D., 30 J., Arbeiterin; Urethral- und Rektalgonorrhöe.

Seit der Geburt besteht an der linken Brustseite und dem linken Oberarm folgende Veränderung: Auf der vorderen Thoraxwand, ca. 4 Querfinger breit rechts vom Sternum, finden sich, spindelförmig zur vorderen Wand der Achselhöhle hinziehend und diese zum Teil erfassend, ferner in der Gegend der rechten Ellenbeuge, mehrere eigentümlich geformte, von der Umgebung scharf abgesetzte Tumoren (s. Abb. 2). Dieselben sind flach erhaben, weich, nicht druckempfindlich; die Oberfläche ist glatt, die Farbe dunkelblaurot; innerhalb der Herde sind einige dunklere geschlängelte Venen erkennbar. Nach der Tiefe zu sind die Tumoren von dem Unterhautbindegewebe schwer abgrenzbar; man fühlt in der Umgebung der sichtbaren Tumoren in der Ellenbeugengegend einige kleinere, subkutan gelegene, etwa

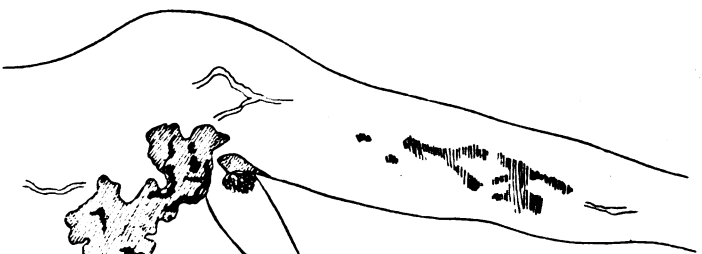


Abb. 2.

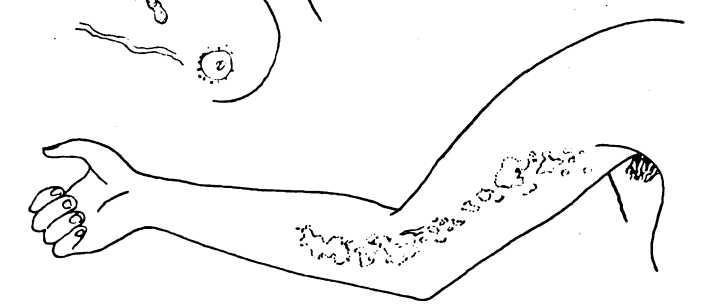


Abb. 1.

erbsengroße, prall-elastische, zystische Gebilde, über denen die Haut unverändert ist. Diese Gebilde scheinen mit den sichtbaren Tumoren nicht im Zusammenhang zu stehen.

In der Umgebung der Veränderung sind, besonders an Brust und Schulter, einige unregelmäßig verlaufende dünne Hautvenen sichtbar.

In unserem ersten Falle liegt der Naevus genau in der an der Beugeseite des Armes verlaufenden *Voigt*schen Grenzlinie, die in diesem Falle mit einer Dermatomgrenze zusammentrifft (vgl. T. I—III in *Blaschkos* Atlas). Klinisch liegt ein typischer *Naevus anaemicus* vor.

Seit *Vörners* erster Beschreibung hat diese eigentümliche Veränderung zu theoretischen Erwägungen mannigfacher Art Veranlassung gegeben, die in Kürze rekapituliert seien. Abgesehen von den bei Neurofibromatosis *Recklinghausen* gelegentlich zu beobachtenden Naevis anaemicis *(Naegeli u. a.)*, die neben Pigmentierungen, „blauen Flecken" sowie den eigentlichen Neuro-

Digitized by Google

fibromen und Neurinomen als Ausdruck einer diese Erkrankung bedingenden allgemeinen Konstitutionsanomalie einer gesonderten Betrachtung bedürfen, finden sich nicht allzu selten bei sonst hautgesunden Menschen, besonders an den oberen Körperpartien, am häufigsten in der Sternalgegend, Naevi anaemici von wechselnder Form und Ausbreitung. Die Haut darüber bietet sonst keinerlei sichere anatomische Veränderungen; es handelt sich um eine reine Gefäßanomalie. Mit Ausnahme von *Sprinzel*, der als Ursache eine im Fetalleben erfolgte Obliteration eines kleinen Gefäßstammes mit konsekutiver Aplasie des dazugehörigen Gefäßgebietes annimmt — ohne indessen ausreichende Beweise für diese Theorie beizubringen — kommt die Mehrzahl der Untersucher (*Vörner, Buschke, W. Fischer* u. a.) auf Grund histologischer und experimenteller Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß ursächlich ein wahrscheinlich kongenitaler Defekt in der Innervation eines Gefäßbezirkes zu Grunde liegen müsse. *Buschke* bezeichnet demgemäß den Naevus anaemicus geradezu als „sekundären" und „Nervennaevus" (bedingt durch embryonal praeformierten Defekt der Vasodilatatoren) und stellt ihm den Naevus teleangiektaticus als Pendant gegenüber, der gleichfalls sekundärer Natur, nämlich durch Defekt der Vasokonstriktoren bedingt sei[1]).

---

[1]) In diesem Zusammenhang seien die Ergebnisse einiger experimenteller Untersuchungen am Naevus anaemicus mitgeteilt, die von uns vor längerer Zeit an anderer Stelle ausgeführt wurden. 1. Der Verlauf einer artifiziellen Quaddel (0,1 einer 1:10000 Morphin. hydrchal.-Lösung intrakutan), ist von *Rothe* und *Stein* am N. a. studiert worden. Diese Ergebnisse wurden nachgeprüft und im wesentlichen bestätigt. Da aber der qualitativen Methode, die hier zur Anwendung kommen muß, naturgemäß das Odium der mangelnden Exaktheit anhaftet, wurde 2. ein Gefäßphänomen. das bei jeder künstlichen Quaddel auftritt und das genauer Messung und Beobachtung zugänglicher ist, nämlich der um die Quaddel sich bildende hyperaemische Hof, im N. a. und im Gesunden gemessen und seine Veränderungen kurvenmäßig aufgezeichnet und verglichen. Dieses Erythem bildet sich in einer im Gesunden und im N.a. gleichen Zeit aus, erreicht jedoch im N. a. eine geringere Größe als im Gesunden und verschwindet in der Hälfte der Zeit, die das normale Erythem zur Rückbildung gebraucht. 3. Sodann wurde durch Adrenalin-Jontophorese nach der Methode von *Wirz* ein *Naevus-anaemicus-Modell* erzeugt und auch hieran der Ablauf des periurtikariellen Erythems gemessen. Es ergab sich dabei völlige Übereinstimmung der Werte zwischen natürlichem und Modell-Naevus. 4. Endlich konnten auch wir (wie früher *Buschke* in ähnlicher Versuchsanordnung) durch Adrenalin-Jontophorese im natürlichen Naevus anaemicus keine weitere Anaemisierung erzeugen. Aus den letzten beiden Versuchen ergibt sich für uns die Folgerung, daß die Gefäßinnervation im Naevus anaemicus analog der in einem adrenalisierten Hautbezirk ist; d. h., daß entweder ein Defekt der Vasodilatatoren oder (vielleicht) ein Dauerspasmus der Vasokonstriktoren die als Naevus anaemicus bezeichnete Veränderung eines zirkumskripten Hautgefäßbezirkes bewirkt. Absolut bindende Schlüsse können aus diesen Modellversuch nicht gezogen werden, immerhin sprechen die beobachteten Erscheinungen nicht gegen die Auffassung von *Vörner, Buschke, Fischer* über die Natur des Naevus anaemicus.

Digitized by Google

Die Lokalisation unseres Falles von Naevus anaemicus an einer entwicklungsmechanisch stark beanspruchten Linie weist deutlich auf eine im Embryonalleben stattgehabte Entwicklungsstörung hin. Der Naevus anaemicus wäre im vorliegenden Falle als ein fissuraler Naevus *(Virchow)* zu betrachten; die Wachstumsstörung hat hier nur nicht auf die Gefäße selbst eingewirkt — sonst wäre es zur Ausbildung eines der bekannten „fissuralen" teleangiektatischen Gefäßmäler gekommen —, sondern eine partielle Schädigung der in diesem Grenzbezirk zweier Dermatome sich entwickelnden sympathischen Gefäßnerven, genauer gesagt, der Dilatoren, verursacht. Die strichförmige Anordnung dieses Naevus anaemicus wird nur unter Berücksichtigung seines Charakters als „Nervennaevus" verständlich.

In unserm zweiten Falle kann nur unter einem gewissen Vorbehalt von einem strichförmigen Gefäßnaevus gesprochen werden. Einmal ist das *Haemangioma venosum,* das hier wohl vorliegt, kein echter Naevus im pathologisch-anatomischen Sinne, sondern gehört eher in die Reihe der als Hamartome bezeichneten Mißbildungen. Der Charakter der Gefäßanomalie konnte im vorliegenden Falle nicht histologisch sichergestellt werden; immerhin ist ein echter Tumor, ein Angioblastom, wohl mit großer Wahrscheinlichkeit schon klinisch auszuschließen. Unter dieser Voraussetzung würde ein multiples Haemangioma venosum vorliegen, dessen einzelne Teile die deutliche Tendenz zeigen, sich mit ihrer Längsachse an verschiedenen, in der Gegend der oberen Extremität und an der Brust verlaufenden „Naevuslinien" *(Blaschko)* zu lokalisieren, die ihrerseits wieder Dermatomgrenzen entsprechen (vgl. *Blaschkos* Atlas T. XVI). Wir kommen auch hier zu der Annahme einer primären embryonalen Entwicklungsstörung, die in diesem Falle lediglich auf die Gefäße selbst eingewirkt haben muß; auch der Nebenbefund der subkutanen zystischen Gebilde ließe sich durch Absplitterung und Abschnürung von kleinen Gefäßen in diesem im Fötalleben zu Verlagerungen disponierten Gebiet erklären. Die Unregelmäßigkeit des Ganzen und die im Gegensatz zum vorigen Falle auffällige Ungleichheit der einzelnen Teile legen die Vermutung eines interkurrenten, vielleicht tumorartigen Wachstums einzelner Teile in einer späteren Entwicklungsperiode nahe. Diese Annahme ist natürlich nicht beweisbar; die Möglichkeit eines derartigen Wachstums ist aber bei allen Naevis und naeviformen Gebilden vorhanden; bei den Gefäßmälern, die ja am äußersten Flügel der Naevusgruppe stehen und nahe Be-

Digitized by Google

ziehungen zu den eigentlichen Angioblastomen aufweisen, entbehrt sie nicht einer gewissen Berechtigung.

Literaturverzeichnis.

Blaschko, Die Nervenverteilung in der Haut in ihrer Beziehung zu den Erkrankungen der Haut. Wien und Leipzig 1901. (Atlas.) — *A. Buschke*, Über den nervösen Ursprung der teleangiektatischen und anaemischen Naevi. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 129. S. 233. 1920. — *W. Fischer*, Über Naevus anaemicus. — *Kyrle*, Histobiologie der Haut. Bd. 1. Berlin 1925. — *Naegeli*, Naevus anaemicus und Recklinghausensche Krankheit. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 121. S. 742. 1915. — *Sprinzel*, Wiener Derm. Ges. 26. 10. 1910. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 101. S. 311—320. 1910. — *Vörner*, Über Naevus anaemicus. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 82. S. 391. 1906. — *Derselbe*, Zur Kenntnis des Naevus anaemicus Voerner. Ibid. Bd. 121. S. 368. 1915.

VI.

(Aus der Universitäts-Hautklinik Marburg/Lahn [Direktor: Prof. Dr. *Ruete*].)

Positiver Bazillennachweis im Tierversuch bei einem Fall von Lupus miliaris disseminatus faciei.

Von

Dr. W. POST.

Tilbury Fox hat 1876 als erster eine Dermatose als isoliertes Krankheitsbild beschrieben, die er mit dem Namen „disseminated follicular lupus" bezeichnete. Auf Grund des klinischen Aspektes spricht er sich für eine tuberkulöse Ätiologie aus, ohne zunächst seine Annahme durch Nachweis von Tuberkelbazillen erhärten zu können. *Finger* gelang es dann, im Schnitt Bazillen nachzuweisen, was später auch von *Schlasberg, Bettmann* und *Arndt* bestätigt wurde. Danach konnten *Jadassohn* und *Besnier*, später auch *Hoffmann, Favera, Kyrle* und *Sasamoto* über positive Tierversuche berichten.

Bis 1910 waren bereits 30 Fälle des bisher als exquisit seltene Erkrankung angesehenen Lupus follicularis disseminatus bekannt geworden. Aus den bis dahin erschienenen Veröffentlichungen ging aber bald hervor, daß die tuberkulöse Natur trotz vereinzelten Bazillennachweises nicht immer eindeutig zu beweisen war. Es zeigte sich, daß der Nachweis von Tuberkelbazillen in Schnitten wie auch das positive Tierexperiment Befunde waren, die nur außerordentlich selten gelangen auch in Fällen, wo histologisch einwandfrei eine typische tuberkulöse Gewebsstruktur in der

Digitized by Google

befallenen Hauptpartie mit epitheloiden Zellen, Riesenzellen und zentraler Verkäsung nachweisbar war. *Saalfeld* war der erste, der die Krankheit in Beziehung zu den Tuberkuliden brachte; diesem Standpunkt hat sich bald danach auch *Juliusberg* angeschlossen. Später hat *Saalfeld* den Lupus miliaris disseminatus — eine von *Düring* vorgeschlagene Bezeichnung — als Bindeglied zwischen Lupus vulgaris und Erythematodes aufgefaßt, ähnlich wie *Jadassohn*, der die Erkrankung zwischen Tuberkulose und Tuberkulid gestellt wissen will. Demgegenüber hielten mit *Bettmann* und *Finger, Zieler, Löwenberg* und *Minami*, der auch über positiven Bazillennachweis im Schnitt berichten konnte, die Ansicht fest, daß der Lupus miliaris disseminatus als echte Hauttuberkulose aufzufassen sei.

Nach 1910 sind weitere Untersuchungen angestellt worden, die im wesentlichen die bisherigen Ergebnisse bestätigen. 1911 spricht sich *Bruusgaard* für die Zugehörigkeit des Lupus follicularis disseminatus zu den Tuberkuliden aus. Besondere Beziehungen beständen zu den papulo-nekrotischen Tuberkuliden und der von Barthélemy beschriebenen Aknitis. Wenn auch die ausgesprochenen Bilder des Lupus follicularis disseminatus, der Aknitis und der papulo-nekrotischen Tuberkulide sehr verschieden seien, so können Übergangsformen zwischen diesen drei Erkrankungen doch so eng miteinander verbunden sein, daß besonders bei einer Lokalisation im Gesicht die Differentialdiagnose die größten Schwierigkeiten machen könne. Damit spricht *Bruusgaard* eine Ansicht aus, die *Gans* später in seinem Lehrbuch bestätigt hat, wenn er sagt: „Mit dem Lupus follicularis disseminatus miliaris sind die papulo-nekrotischen Tuberkulide so häufig durch Übergangsformen verbunden, daß eine differentialdiagnostische Trennung nicht nur unmöglich ist, sondern daß eine enge Annäherung dieser beiden Formen der Hauttuberkulose geboten erscheint."

1923 hat dann *Kumer* die Kenntnis über die hier in Frage stehende Dermatose zusammengefaßt und in eingehender differentialdiagnostischer Erörterung an Hand von sechs weiteren Fällen ihre Beziehungen zu verwandten Krankheitsbildern klargelegt. *Finger* hatte 1909 den Lupus mil. diss. fac. mit der Acne teleangiectodes Kaposi identifiziert. Dieser Ansicht war *Pick* entgegengetreten, der die Acne teleangiectodes Kaposi als eine Erkrankung sui generis auffaßt, die mit der Aknitis Barthélemy identisch sei. *Kumer* hat diese Frage dahin geklärt, daß er die Acne teleangiectodes Kaposi nur für eine Verlaufsart des Lupus mil. diss. ansieht *(Ehrmann, Wolf, Haase, Toulon, Rothmann)*. Die späteren Forschungsergebnisse haben die Ansicht von *Pick* bestätigt, andererseits wegen der heute feststehenden engen Beziehung des Lupus mil. diss. zu den papulo-nekrotischen Tuberkuliden *(Gans)* dazu geführt, daß eine weitere Trennung der verschiedenen Erkrankungsformen überflüssig ist. Auch die in neuester Zeit unter dem Namen Acne agminata *(Radcliff-Crocker)* veröffentlichten Fälle dürften als Erscheinungsformen der in die Gruppe der papulo-nekrotischen Tuberkulide (Folliclis, Aknitis) gehörigen Krankheitsbilder aufzufassen sein.

Ein Jahr nach Kumers Publikation, 1924, kann *Chuhu Tanimura* feststellen, daß der Lupus mil. diss. fac. kein seltenes Krankheitsbild mehr ist. Er kommt auf Grund seiner Untersuchungsergebnisse zu dem Schluß, daß der Lupus mil. diss. fac. als eine durch Tuberkelbazillen verursachte Hauttuberkulose aufzufassen sei, die wohl ihrem Wesen nach dem Lupus vulgaris nahestehe, aber doch eine Sonderstellung einnehme. Später sind Tuberkel-

Digitized by Google

bazillenbefunde und positive Tierversuche noch von *Watanabe* und *Wada* berichtet worden.

In allen Publikationen, besonders auch in denen der letzten Zeit, finden sich genaue Beschreibungen der histologischen Untersuchungsbefunde. Während es allgemein feststeht, daß der Nachweis von Tuberkelbazillen im Schnitt nur ganz ausnahmsweise gelingt, stimmen die Untersuchungsergebnisse bezüglich der Gewebsveränderung, der krankhaften Struktur der ergriffenen Haut fast alle überein. Fast immer wird über eine ausgesprochene Tuberkelbildung berichtet mit allen klassischen Kriterien dieser Gewebsveränderung. Es finden sich Knötchen von ziemlich deutlicher Begrenzung, die im stratum papillare oder im stratum reticulare der Kutis gelegen sind, und die von Epitheloidzellen und Riesenzellen vom Langhansschen Typ gebildet werden. Meist zeigt sich auch eine deutliche zentrale Verkäsung, in deren Mitte noch Reste einer Elastica (*Brinitzer, Sasakawa, Kumer, Gans*) nachweisbar sein können.

Schon *Jadassohn* hat aber auf das häufige Fehlen von typischem tuberkulidem Gewebe hingewiesen und damit seine Ansicht über die Stellung des Lupus mil. diss. fac. zwischen echter Tuberkulose und Tuberkulid begründet.

In dem Fall, den ich an der Universitätshautklinik beobachten konnte, und dessen Krankengeschichte ich im Auszug voranschicke, handelt es sich um einen 22jährigen jungen Mann, bei dem auf einem chronischen Erysipel der linken Wange ein Lupus mil. diss. fac. auftrat. In Schnitten eines exzidierten Stückes konnten weder typisches tuberkulöses Gewebe noch Tuberkelbazillen nachgewiesen werden; dagegen gelang ein positiver Tierversuch bei einem durch Implantation infizierten Meerschweinchen.

Am 4. Januar 1927 wird der Schuhmacher J. W., 22 Jahre alt, in die Univ.-Hautklinik aufgenommen. Der Vater starb vor 17 Jahren an Lungentuberkulose. Die übrigen Familienmitglieder und er selbst sind nie lungenkrank gewesen. Keine Kinderkrankheiten. Als Kind wegen „schlimmer Augen" oft behandelt worden (Rötung, Schwellung, Tränen). Auch jetzt noch empfindlich gegen kalte Luft. 1923 Typhus, der 9 Wochen andauerte. In demselben Jahr auch Halsentzündung, die ihn 5—6 Wochen am Sprechen hinderte.

Das jetzige Leiden begann in seinem 16. Lebensjahr. Es trat oft Rose in den verschiedenen Gegenden des Gesichts auf, die meist nur 3—4 Tage dauerte. Fieber und Schüttelfrost haben angeblich dabei nicht bestanden. Während diese Anfälle sich immer wiederholten, bemerkte Patient im Januar 1926, daß die linke Wange anschwoll. Schmerzen traten nicht auf. Die Haut soll etwas bläulich verfärbt gewesen sein. Vor einem halben Jahr

Digitized by Google

traten besonders im Bereich der von der Schwellung betroffenen linken Gesichtshälfte gelblich-braune Knötchen auf, die sich allmählich vermehrten.

Befund: Kleiner, im Wachstum zurückgebliebener junger Mann von asthenischem Habitus. Muskulatur mäßig. Fettpolster spärlich entwickelt. Schilddrüse normal. Lymphdrüsen: glandulae inframandibulares, nuchae und jugulares prof. sind deutlich geschwollen; links stärker als rechts. Inguinaldrüsen palpabel. Gesicht: Die linke Gesichtshälfte ist stark geschwollen und fühlt sich derb an. Die stärkste Schwellung liegt in der Buccalgegend. Keine Schmerzhaftigkeit. Leichte bläulich-rote Verfärbung der Haut. Die Schwellung ergreift auch beide Lippen und Augenlider. Über der ganzen erkrankten Partie sind Knötchen von Stecknadelkopfgröße bis zu Reiskorngröße diffus verstreut. Die Knötchen tragen an einzelnen Stellen ein zentrales etwas eingesunkenes Närbchen. Die umgebende Haut ist unverändert. Auf Glasspateldruck hinterlassen die Knötchen eine Verfärbung von gelb-bräunlichem bis blau-grauem Farbton. Zähne defekt, Tonsillen nicht vergrößert. Gingiva besonders links mit einem weißlichen festsitzendem Belag überzogen, desgleichen die Schleimhaut des Mundbodens und der Wange. Palatinum durum ist ebenfalls mit einer weißen Schicht bedeckt, dazwischen einzelne Rhagaden und Ulzerationen. Der Belag reicht links bis zum arcus glosso-palatinus, rechts endet er zirka 1½ cm davor. Linker Mundwinkel zeigt tiefe Rhagaden.

Thorax: flach, Schusterbrust, hebt sich gleichmäßig bei der Atmung. Perkutorisch und auskultatorisch normaler Befund. Herz an normaler Stelle. Töne rein.

Abdomen: weich, nirgends druckempfindlich. Leber überragt den Rippenbogen um einen Querfinger.

Nervensystem o. B.

Wa. R. negativ, M. T. R. negativ.

Pirquet am linken Oberarm stark positiv.

Urin: Alb. neg. Sacch. neg. Sed. o. B.

Mikroskopisches Bild eines Herdes, der aus der linken Wange exzidiert wurde: Die Epidermis ist verschmälert. Papillarkörper abgeflacht. Das Korium zeigt zahlreiche, ziemlich scharf umschriebene Knötchen, die teils in das stratum papillare, teils in die tela subkutanea hineinreichen.

Die Knötchen bestehen aus massiven Lymphozytenhaufen ohne Epitheloid- oder Riesenzellen. Keine zentrale Nekrose. Neben den Lymphozyten sind eigenartig gequollene wabige Zellen in geringerer Zahl nachweisbar. Eine Beziehung der Knötchen zu den Follikeln ist nicht festzustellen. Die Gefäße sind mäßig erweitert und sind umgeben von einem unspezifischen Zellinfiltrat. Die Hautdrüsen und das Bindegewebe sind unverändert.

Keine Tuberkelbazillen nachweisbar.

Es werden zwei Meerschweinchen, die vorher mit Tuberkulin (Tuberkulinetio S. A. 0,02) auf Tuberkulose geprüft sind, mit exstirpiertem Material aus der linken Wange geimpft. Einem Tier wird ein Stück in die Bauchhöhle implantiert, dem zweiten Tier wird steril verriebenes und mit 50% Antiformin versetztes Material nach Zentrifugieren in die linke Schenkelbeuge injiziert.

Unter der Therapie mit Höhensonne und Borwasserverbänden sind die Erscheinungen wesentlich zurückgegangen. Das Lidödem und die derbe Infiltration der linken Wange zeigen deutliche Besserung. Die Rhagaden

Digitized by Google

sind nach mehrmaligem Touchieren mit Arg. nitr. abgeheilt. Der Patient konnte leider nicht länger beobachtet werden, da er 6 Wochen nach seiner Aufnahme auf eigenen Wunsch die Klinik verließ.

Die Versuchstiere zeigen im Verlauf der folgenden Wochen in ihrem Verhalten nichts Besonderes. Nach 8 Wochen ist bei dem durch Implantation infizierten Tiere deutliche Inguinaldrüsenschwellung festzustellen; auch ist das Gewicht etwas gesunken. Freßlust uneingeschränkt, Temperatur dauernd normal. 15 Wochen nach der Impfung werden beide Tiere getötet und seziert.

Sektion: Das durch Injektion infizierte Tier zeigt normalen Organbefund. Einzelne wenig vergrößerte Inguinaldrüsen. In Schnitten keine pathologischen Verhältnisse.

Das durch Implantation infizierte Tier zeigte folgenden Befund: Lunge keine Verwachsungen. An der Oberfläche einzelne helle Knötchen. An der Operationsstelle starke Verdickung der Haut. Von hier zieht sich ein Netzstrang zur Milz. Im Netz einzelne harte Drüsen. Milz etwas vergrößert, Oberfläche granuliert. Mehrere bis erbsgroße Mesenterialdrüsen. Leber und Herz äußerlich normal. Am Hilus zwei gut reiskorngroße Drüsen. Bohnengroße Retrosternaldrüse.

Histologischer Befund: *In Schnitten einer Mesenterialdrüse sind zahlreiche Tuberkelbazillen nachweisbar.* In der Milz Knötchen von tuberkulöser Struktur mit Epitheloid- und Riesenzellen.

Damit wäre in einem Fall von Lupus mil. diss. fac. bei gänzlich unspezifischer histologischer Struktur der Tuberkelbazillennachweis im Tierversuch erneut gelungen. *Kumer* hat 1923 in seiner Arbeit zur Kenntnis des Lupus mil. diss. fac. (*Tilbury Fox*) geäußert, daß die histologische Struktur kein vollgültiger Beweis dafür sei, eine Hauterkrankung auf Tuberkulose zurückzuführen. Erst der positive Bazillenbefund könne letzte Zweifel verscheuchen. Man wird in der Annahme nicht fehlgehen, daß das histologische Bild abhängig ist von dem Stadium, in dem sich die exzidierte Läsion befindet. In dem vorliegenden Fall scheint die Ausbildung der Knötchen im Gesicht noch im Primärstadium, dem der Erzeugung unspezifischer Zellinfiltrate, gestanden haben. Während sich aber die histologische Gewebsveränderung noch im Anfang befindet, sind doch schon Tuberkelbazillen als für diese Erkrankung spezifische Erreger nachzuweisen. Andererseits bedürfen die Beobachtungen *Kyrles* genauester Beachtung, daß nicht jede Erkrankung der Haut, für deren Pathogenese der Tuberkelbazillus nachweisbar ist, zwangsläufig auch histologisch die typischen Kriterien tuberkulöser Veränderung aufweisen muß. Nach den Untersuchungsergebnissen an dem vorliegenden Fall von Lupus mil. diss. fac. erscheint eine Einreihung dieser Erkrankung in die Gruppe der papulo-nekrotischen Tuberkulide gegeben (*Gans, Herxheimer, Frick, Sasakawa*).

Digitized by Google

Zusammenfassung.

In einem Fall von chronischem Erysipel der Wange, das unter dauerndem Rezidivieren seit einem Jahr besteht, hat sich schließlich aus einem persistierenden Ödem eine richtige Elephantiasis gebildet. Ob der Lupus mil. diss. fac., der bei der Aufnahme in die Klinik festgestellt werden konnte, schon vorher bestanden hat oder erst später hinzugetreten ist, konnte mit Sicherheit nicht eruiert werden. Wahrscheinlich hat das Erysipel vorher bestanden, wofür auch der histologische Befund spricht. In Schnitten konnte nur unspezifisches Zellinfiltrat gefunden werden; besonders waren Tuberkelbazillen nicht nachweisbar. Dagegen konnten im Tierversuch bei einem durch Implantation infizierten Meerschweinchen zahlreiche Tuberkelbazillen festgestellt werden. Die Einreihung des Lupus mil. diss. fac. in die Gruppe der papulonekrotischen Tuberkulide erscheint nach den vorliegenden Versuchsergebnissen gerechtfertigt.

Literaturverzeichnis.

Bruusgaard, Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 110. S. 111. 1911. — *Mucha*, Wien. Derm. Ges. 3. 5. 1911. — *Arndt*, Berl. Derm. Ges. 14. 6. 1910. — *Löwenberg*, Arch. 104. S. 261. 1910. — *Fantl*, Derm. Wschr. Nr. 15. Bd. 68. 1919. — *Kumer*, Arch. 143. 1923. — *Tanimura*, Arch. 146. H. 2. S. 330. 1924. — *Watanabe*, Ztrlbl. 14. 1924. — *Kumer*, Wien. Derm. Ges. 12. 6. 1924. — *Louste, Thibaut, A. Beranger*, Ztrlbl. 16. 1924. — *Murata*, Ztrlbl. 16. 1924. — *Schubert*, Dtsch. Derm. Ges. In der Tschechoslow. Rep. Dez. 1924. — *Wada*, Ztrlbl. 16. 1924. — *Urbán*, Ztrlbl. 17. 1925. — *Berger*, Kölner derm. Ges. 28. 3. 1924. — *Werther*, Verein Dresdener Dermatologen. 6. 2. 1924. — *Gottron*, Berl. derm. Ges. 11. 11. 1924. — *Müller, Hugo*, Vers. südwestd. Derm. 23. 3. 1924. — *Bechet*, Ztrlbl. 19. 1926. — *Murata*, Ztrlbl. 19. 1926. — *Pick*, Dtsch. derm. Ges. i. d. Tschechoslow. Rep. 25. 10. 1925. — *Jadassohn*, Ztrlbl. 20. 1926. — *Rothmann*, Vers. südwestd. Derm. in Freiburg. Ztrlbl. 20. 1926. — *Wiener*, Schles. derm. Ges. Breslau. 8. 5. 1926. Ztrlbl. 20. 1926. — *Lieberthal*, Arch. of Derm. and syph. Bd. 13. 1926. — *Werther*, Ver. Dresdener Derm. 7. 4. 1926. Ztrlbl. 21. 1926. — *Hudelo et Rabut*, Ztrlbl. 21. 1926. — *Buschke*, Berl. derm. Ges. 30. 10. 1926. Ztrlbl. 21. 1926. — *Abramowitz*, Arch. of Derm. and Syph. Bd. 14. 1926. — *Kraus*, Ztrlbl. 21. 1926. — *Kagelmann*, Vers. mitteld. Derm. in Magdeburg. 5. 12. 1926. — *Lenartowicz*, Lemberger Derm. Ges. 3. 11. 1926. Ztrlbl. 23. 1927. — *Semon*, Ztrlbl. 22. H. 13. 1927. — *Dowling*, Ztrlbl. 22. H. 13. 1927.

Digitized by Google

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 10. Mai 1927.

Vorsitzender: Herr *Buschke.* Schriftführer: Herr *W. Fischer.*

Tagesordnung:

1. Herr *Chajes: Gewerbliche Essigsäureverätzung.* Bei den Patienten entstanden nach einer zweistündigen Reinigung von Teppichen mit einer Flüssigkeit, die 53,7 % Essigsäure enthielt, Verätzungen an den Fingerkuppen beider Hände, besonders rechts. Bei der ersten Vorstellung des Patienten war die verätzte Haut weiß und weich, stieß sich dann im Laufe von wenigen Tagen ab, wobei sich schwere Nekrosen, die die gesamten betroffenen Fingerkuppen zerstörten, bildeten (Demonstration von Lichtbildern). Im Laufe von zwei Monaten trat eine völlige Heilung ein, wobei allerdings durch die Narbenbildung eine Abflachung der Fingerkuppen eintrat und eine Hyperhidrosis der Endglieder der Finger sich entwickelte. Auffällig ist, was bisher in der Literatur noch nicht bekannt geworden ist, daß trotz der hohen Konzentration keine Verschorfung erfolgte, sondern diese starke Nekrosenbildung eintrat, nachdem eine Erweichung der Epidermis, wie bei der Einwirkung wenig konzentrierter Lösungen erfolgt war. Versicherungstechnisch ist der Fall insofern interessant, als es sich um einen Betriebsunfall handelt, der als solcher auch von der Berufsgenossenschaft anerkannt wurde, weil die Dauer der Einwirkung der Schädigung nicht die Dauer einer Arbeitsschicht überstieg. Der Vortragende wies dann weiter auf die Notwendigkeit der Ausdehnung der Verordnung des Reichsarbeitsministers vom 12. Mai 1925, auf die rezidivierenden Gewerbedermatosen hin, ferner auf die im März 1927 ergangene Entscheidung des Reichsversicherungsamtes, daß die Richtlinien vom 6. August 1925 zu der genannten Verordnung nicht dahin ausgelegt werden dürfen, als ob nur die Krankheitsbilder, die in den Richtlinien erwähnt sind, eine Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft bedingen. Diese Entscheidung ist besonders deshalb für den Dermatologen wichtig, weil die Berufsgenossenschaften und auch einige Oberversicherungsämter den Standpunkt eingenommen haben, daß die nicht erwähnten Hautschädigungen zum Beispiel durch Ursol eine Entschädigung dieser Erkrankung in gleicher Weise wie die Betriebsunfälle ausschlössen.

2. Herr *Bruhns:* Ein Fall von *Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta.*

48 jähriger Mann. Frühere Anamnese im wesentlichen ohne Befund. Nichts von Tuberkulose bei dem Patienten oder in seiner Familie. Vor zirka 2 Jahren hat Patient angeblich den gleichen Ausschlag wie jetzt gehabt, nur nicht so ausgebreitet. Der jetzt vorhandene Ausschlag besteht seit reichlich 6 Wochen, ist zum Teil schon im Rückgang. Befallen sind Rumpf, Arme, von diesen fast nur die Streckseiten, die Beine, aber die Unterschenkel mehr als Oberschenkel; Kopf, Hals, Hände und Füße sind ganz frei. Die Effloreszenzen bestehen aus reichlich stecknadelkopfgroßen bis über linsengroßen rötlich braunen Papelchen, viele tragen auf der Spitze eine kleine eitrige Einschmelzung in Form einer Pustel. Eine Anzahl davon sind schon in Abheilung und haben dann mehr livide Verfärbung. Zwischen diesen Effloreszenzen sieht man auf den Armen eine Anzahl linsengroßer Narben, die von der Eruption von vor 2 Jahren zurückgeblieben sind. Jucken ist wenig vor-

Digitized by Google

handen, hauptsächlich nur beim Herauskommen neuer Effloreszenzen. Keine Drüsen. Innere Organe o. B., Pirquet stark positiv. Exzision einer Papel zeigt abszedierendes Bläschen mit zahlreichen ein- und mehrkernigen Leukozyten, ferner Zellinfiltrate in den oberen Kutisschichten, aber auch einen großen Herd von ein- und mehrkernigen Zellen in der Tiefe. Gefäße erweitert, perivaskuläre Infiltrate. Keine Plasmazellen, keine Tuberkelbildung. Gegen die Diagnose Tuberkulide sprach, daß die Prädilektionsstellen dafür ganz frei waren, ferner der histologische Befund. Der Fall hat wohl Ähnlichkeit mit dem von *Gottron* vor kurzem hier gezeigten.

Aussprache:

Herr *Gottron:* Den von mir in der Dezember-Sitzung 1926 demonstrierten Fall habe ich auf Grund klinisch-morphologischer Verschiedenheiten unter der Bezeichnung akut verlaufende vesikulöse Pityriasis lichenoides von dem akut hämorrhagischen mit Nekrosen einhergehenden Pityriasis lichenoides-Fällen, wie sie erstmalig von *Mucha* demonstriert wurden, abgetrennt und die Auffassung vertreten, daß wir jetzt drei verschiedene Varietäten von akut verlaufender Pityriasis lichenoides kennen, einmal die *Mucha*schen Fälle, dann die akuten psoriasiformen Fälle, auf die *Touton* zuerst hingewiesen hat, und zuletzt die akut vesikulösen Fälle.

Herr *Buschke:* Es ist nach der allgemeinen Anschauung — wie auch Herr *Gottron* richtig hervorhob — gewiß berechtigt, diesen Fall als eine akute Form der Pityriasis lichenoides aufzufassen analog den Wiener Fällen, einen ähnlichen, wenn auch der eigentlichen Form viel analogeren bei einem Kind habe ich selbst hier vor einiger Zeit vorgestellt. Aber an sich habe ich doch die Empfindung, daß viel wahrscheinlicher hier eine andere Krankheit vorliegt. Auch hier lassen wir uns wohl durch die Ähnlichkeit der Effloreszenzen besonders bei Übergangsfällen zu leicht verleiten — wie bei Lichen ruber, bei Lupus erythematodes und anderen — gleiche Krankheiten anzunehmen. Mehr und mehr bricht sich die von mir schon seit Jahren vertretene Anschauung Bahn, daß die Effloreszenzenlehre gewiß eine wichtige Grundlage für die Betrachtung der Dermatosen ist, daß sie aber heute nicht mehr das Alleinige, oft auch nicht mehr Präponderierende sein darf.

Herr *Gottron:* Der Auffassung *Buschkes* kann nicht zugestimmt werden, wir sind nicht berechtigt, hier ein besonderes Krankheitsbild anzunehmen. Die Zugehörigkeit derartiger Fälle zur Pityriasis lichenoides chronica wird unter anderen dadurch erwiesen, daß man Fälle beobachten kann, die lange Zeit hindurch das typisch-klinisch-morphologische Bild der Pityriasis lichenoides chronica bieten, dann aber in einer oft plötzlich auftretenden Exacerbation Effloreszenzen akuten Charakters, wie die hier demonstrierten, aufweisen. Habe doch schon *Jadassohn* in seiner ersten Mitteilung und vor vielen Jahren auch *Pinkus* darauf hingewiesen, daß gelegentlich bei der Pityriasis lichenoides chronica die eine oder andere Efflorszenz einen hämorrhagisch-nekrotischen Charakter annehmen kann.

Herr *Bruhns* betont, daß ihm bei der Untersuchung des Falles ebenfalls immer wieder die geringe Ähnlichkeit mit dem bekannten Bilde der Pityriasis lich. chron. aufgefallen sei.

Herr *Bruhns* demonstriert ferner einen Fall von *Lues congenita* bei einem Erwachsenen mit ungewöhnlich stark sichtbarer *strahliger Narbenbildung* an *Mund* und *Wangen*.

Digitized by Google

3. Herr *Löwenstein* (Klinik Buschke): 1. *Peniskarzinom.* 51jähriger Patient, der im wesentlichen früher immer gesund war, bemerkte vor zirka 5 Jahren an der Vorhautumschlagsfalte eine kleine derbe Verdickung, die sich langsam vergrößerte. Vor 1½ Jahren mußte bei ihm wegen entzündlicher Phimose eine Dorsalinzision vorgenommen werden. Dabei zeigte sich eine pfenniggroße Erosion am inneren Präputialblatt. In dem letzten halben Jahr deutliche Vergrößerung des erodierten Tumors; deswegen Aufnahme im Krankenhaus.

Status: In der Gegend des Frenulum penis eine etwas erhabene, wenig derbe flächenförmige Effloreszenz, die auf die Glans und das Präputium übergeht und einen wallartigen Rand aufweist; der Tumor ist mit der Unterlage verwachsen. Inguinaldrüsen rechts bohnengroß. Histologisch handelt es sich um ein verhornendes Plattenepithelkarzinom.

2. *Rupia syphilitica.* 61jährige Patientin, die von einer luischen Infektion nichts weiß. Januar 1927 Mattigkeit, blasses Aussehen und Auftreten eines Körperausschlags. Seit Februar 1927 in einem Kassenambulatorium als Windpocken behandelt. Da keine Besserung, erfolgt Krankenhausaufnahme.

Status: Kopf, Oberkörper und Extremitäten der anämisch und kachektisch aussehenden Patientin weisen zahlreiche Effloreszenzen von Stecknadelkopf- bis zu Fünfmarkstückgröße auf. Die regelmäßigen kreisrunden Geschwüre sind bedeckt mit schmierig-gelblichen und braunen Borken von dachziegelförmiger Schichtung. (Rupia syphilitica.) Die Lymphdrüsen sind nur wenig vergrößert. Die Wa.R. ist stark positiv. Es handelt sich hier um eine Lues maligna.

4. *Erich Langer* (Klinik Buschke): 1. *Reinfektion.* 16jähriges Mädchen, dessen Mutter 1910 wegen Lues II auf der Wechselmannschen Abteilung behandelt wurde. Wa.R. ++++. Therapie: Eine Injektion von 0,45 neutral 606-Salvarsan. Oktober 1910 Geburt des Mädchens, das im September 1911 auf dieselbe Abteilung mit einem luetischen Haut- und Schleimhautexanthem eingeliefert wurde. Wa.R. ++++. Behandlung: 5 Injektionen von 0,01 Salvarsan. Erscheinungsfrei entlassen. Im Januar 1912 Rezidivexanthem. Wa.R. ++++. Auf derselben Abteilung mit sechswöchiger Schmierkur behandelt. Seither erscheinungsfrei, wiederholt angestellte Wa.R. negativ.

Jetzt, April 1927, wird das Mädchen mit frischen luetischen Erscheinungen Oedema induratum des linken Labiums, nässende Papeln am Genitale, Skleradenitis inguinalis eingeliefert. Spirochäten positiv. Wa.R. und M.T.R. ++++. Lumbalpunktion in allen Reaktionen negativ.

Der Fall beweist, daß eine Lues auch ohne intensive Behandlung und selbst bei nach heutigen Anschauungen völlig ungenügender Kur ausheilen kann. Es ist, wie schon des öfteren anderweitig betont, keineswegs zu sagen, was als eine ausreichende Behandlung zu bezeichnen ist. Die Hauptsache bei der Therapie ist, wie auch dieser Fall beweist, den Körper in seinem Abwehrkampf zu unterstützen und nicht zu brüsk in der Behandlung vorzugehen.

2. *Lichen scrophulosorum.* 17jähriger Patient, nie ernstlich krank gewesen. 6—8 Wochen vor der Aufnahme auf die Abteilung (21. 3. 1927) zeigte sich ein nicht juckender Ausschlag zuerst an beiden Oberschenkeln, er breitete sich allmählich auf dem Rumpf und schließlich auch auf die Arme aus. Allgemeinbefinden sehr gut, kein Fieber.

Es handelt sich um zahlreiche oval angeordnete Herde, deren Einzeleffloreszenzen aus stecknadelkopf- bis hirsekorngroßen Knötchen bestehen,

Digitized by Google

die zum großen Teil mit feinen Schuppen und Krusten bedeckt sind. Im Zentrum findet sich Abheilung, in der Peripherie entzündliche Rötung und Ekzematisation. Anfangs wurde die Diagnose: Ekzema marginatum gestellt, doch fanden sich keine Pilze und die Effloreszenzen heilten nicht, sondern ihre Ausdehnung nahm weiter zu. Bei indifferenter Behandlung und Arsenmedikation trat Besserung ein, die Einzeleffloreszenzen erschienen jetzt als bläulich-opake, polygonal angeordnete, zum Teil gedellte Knötchen, geringes Jucken. Es kam differentialdiagnostisch Lichen ruber und Lichen scrophulosorum in Frage. Für ersteren sprach das Aussehen der Einzeleffloreszenzen nach dem Abklingen der akuten Erscheinungen, der leichte Juckreiz und der Erfolg der Arsenbehandlung. Für Lichen scrophulosorum entschied das Ergebnis der Ponndorfschen Reaktion, die stark positiv ausfiel, das Röntgenbild des Kranken, das eine ausgesprochene Drüsentuberkulose ergab, die Anordnung der Effloreszenzen und die histologische Untersuchung, bei der sich in knötchenförmiger Anordnung unter dem Epithel und zum Teil dieses durchsetzend Lymphozyten, Epitheloidzellen, vereinzelte Riesenzellen und mäßige Verkäsung, keine Plasmazellen fanden. Für Lichen ruber war histologisch kein Anhaltspunkt. Auch früher sind schon dem Lichen ruber ähnliche Fälle von Lichen scrophulosorum von *Jadassohn, Vignolo-Lutati* u. a. beschrieben worden.

5. Herr *Buschke* demonstriert: 1. einen 51 Jahre alten Mann, der seit März eine *Schwellung am linken Mundwinkel* bekam, die erst außerhalb des Krankenhauses als Furunkel, dann auf Grund einer positiven Wa.R. für Lues gehalten wurde. Darauf machte er — ebenfalls außerhalb des Krankenhauses — eine intensive Salvarsan- und zwei Schmierkuren durch. Die Geschwulst wuchs, ist jetzt am linken Mundwinkel zirka kleinapfelgroß, zum Teil ulzeriert, erstreckt sich auf die linke Wangenschleimhaut, deren vorderes Drittel ist auch dort ulzeriert, der Rand hart. Durch eine Probeexzision wurde die auch klinisch schon sichere Diagnose *„Karzinom"* gestellt. Es handelt sich jetzt um eine inoperable Affektion. Der Fall illustriert wieder die falsche Einschätzung der Seroreaktion. Von seiner Lues weiß Patient übrigens nichts. Die Seroreaktion ist eine Konstitutionsreaktion, die besagt, daß der Patient Lues hat oder gehabt hat, und beweist nicht ohne weiteres die syphilitische Natur des Lokalleidens. Das Wichtigste ist die klinische Lokaldiagnose, und nur, wenn die Seroreaktion in ihrem Sinne verläuft, ist sie zur Unterstützung zu verwerten. Hier ist durch die isolierte Überschätzung der Reaktion vielleicht der günstige Zeitpunkt für die Operation versäumt worden. Zur Not hätte eine rechtzeitige histologische Untersuchung den Fall richtig aufgeklärt.

Fall 2. 38jähriger Mann mit einem typischen *hyperkeratotischen gonorrhoischen Exanthem bei frischer Gonorrhoe* mit gonorrhoischer Tendovaginitis am Extensor hallucis long. dext. Lokalisation an den Fußsohlen und Fußrücken, *Herde an der Mundschleimhaut.* Der Patient hat vorher bei 2 Gonorrhoen jedesmal die gleiche Affektion gehabt. Daneben hat er eine Balanitis hyperkeratotica *(Arning-Meys-Selim).* Bemerkenswerterweise entwickelte sich aus einem intertriginösen Ekzem ebenfalls eine Hyperkeratose. Es wird auf die Hypothese von *Buschke* und *Langer* verwiesen, daß in Analogie zur Psoriasis eine hyperkeratotische Disposition der Haut besteht oder durch die Gonorrhoe geschaffen wird, welche Hypothese jetzt schon mehrfach Bestätigung fand. Daß durch lokale Gonokokken- oder Toxinwirkung der Prozeß

Digitized by Google

zustande kommt, ist möglich, aber zweifelhaft, weil bisher keine Gonokokken gefunden wurden, auch von *Buschke* und *Michael* nicht bei der histologischen Untersuchung.

Fall 3. 56 Jahre alte Frau mit ausgedehnter *Sklerodermie und Sklerodaktylie*, die schon früher demonstriert wurde. Sie hat erstens keine freie Magensalzsäure. Es ist dies der fünfte Fall, bei dem wir dies fanden: vier ausgedehnte, ein zirkumskripter Fall. Bei einem Fall ergab eine zweite Untersuchung verringerte freie Salzsäure, so daß Schwankungen vorkommen. Es wird zu weiteren diesbezüglichen Untersuchungen angeregt, zumal wir auch gelegentlich bei Neurodermitis dasselbe fanden. Immerhin ist es möglich, daß das Fehlen der Salzsäure auf nervöser Grundlage bei Sympathikusdermatosen eine Rolle spielt (cf. die analogen Erscheinungen bei Thalliumintoxikation). Die Zahl der Befunde ist aber noch zu gering, um sichere Schlüsse zu ziehen. Die Frau hat außerdem an der Streckfläche der Arme fleckformige, durchschnittlich linsen- bis halblinsengroße Hyperkeratosen auf der sklerodermatischen Haut, die zum Teil — entfernt ähnlich — wie bei der *Kyrle*schen Krankheit in die Tiefe dringen. Da eine Exzision nicht ausgeführt werden konnte, läßt sich etwas Sicheres über die histologische Grundlage nicht sagen.

Fall 4. Das in einer früheren Sitzung gezeigte 13jährige *Mädchen* mit ausgedehntem *Lupus erythematodes* des Gesichts, der Hände und Füße, bei dem nach der Goldbehandlung mit Krysolgan eine Dissemination des Lupus erythematodes auf der Haut des Rumpfes erfolgte. Wir haben eine kurze Zeit Goldtabletten (D 3) gegeben. Danach ist der Lupus erythematodes des Gesichts und des behaarten Kopfes fast ganz verschwunden, ein fast völliges Defluvium capillorum am Kopf ohne Atrophie der Haut erfolgte, im Gesicht hat sich eine eigenartige myxödemähnliche Schwellung der Haut entwickelt. Das Kind ist psychisch eigentümlich alteriert, deprimiert und einsilbig. Auf dem Rumpf hat sich der L. e. in Form durchschnittlich stecknadelkopf- bis linsengroßer typischer Effloreszenzen ausgedehnt. Die Goldbehandlung, welche sonst keine Nebenerscheinungen machte, ist sistiert. Von Tuberkulose nichts, auch röntgenologisch keine Bronchialdrüsen nachweisbar. Nach meinen sonstigen Erfahrungen halte ich den Zusammenhang des L. e. mit Tuberkulose für höchst zweifelhaft, meistens ist er ausgeschlossen. Seinerzeit habe ich an der *Neisser*schen Klinik zahlreiche Fälle mit Tuberkulin gespritzt, ohne je eine Reaktion zu erhalten. (Das Kind ist inzwischen unter Ausbreitung des Lupus erythematodes acutus, welcher sich aus dem Chronicus entwickelt hat, unter septischen Erscheinungen gestorben. Die Sektion war leider nicht gestattet. Interkurrent hatte sich noch ein Ikterus entwickelt).

Fall 5. Eine 41 Jahre alte, etwas debile Patientin, welche in der Jugend Typhus hatte und seit Jahren — genaue Angaben sind nicht zu erhalten — am Rumpf und den Extremitäten dicht nebeneinander stehende, wenig prominierende, sich kaum von der normalen Haut unterscheidende, durch die Palpation als etwas resistent festgestellte Effloreszenzen hat mit intakter Oberhaut, dazwischen sieht die Haut vielleicht etwas atrophisch bläulich aus. Eine genauere Untersuchung hat bisher nicht stattfinden können. Es kommt in Frage Urticaria perstans, Anetodermie. Eine sichere Diagnose ist bisher nicht zu stellen.

Fall 6. Ein Mann mit *Nagelerkrankung der Fingernägel* beider Hände: zum Teil handelt es sich um Eiteransammlung unter den Nägeln ohne be-

Digitized by Google

sondere Entzündung der umgebenden Haut, teils um Brüchig- und Rissigwerden der Nägel mit Verlust derselben. Im Eiter mikroskopisch und kulturell finden sich rein *Hefen*, nicht Soor.

Ein zweiter Fall, den ich jüngst bei einem Studenten der Lehrbrauerei beobachtete, hatte eine sehr langandauernde, trichophytieähnliche Affektion der Fingernägel. In der Nagelsubstanz zahlreiche Sproßpilze von einer Kleinheit, wie ich sie noch nie sah. Züchtung gelang nicht. Die Behandlung, sowohl antiseptisch, wie röntgenologisch, war erfolglos.

Aussprache zu den Buschkeschen Demonstrationen.

Herr *Balog:* Wenn wir mit dem Beinamen „gonorrhoica" *durch Gonokokken verursachte* Zustände bezeichnen, dann ist der Nachweis der Gonokokken bei gonorrhoischen Hauterscheinungen eine Conditio sine qua non. Dieser Umstand ist besonders bei der Purifikation in der Gonorrhoelehre zu beachten, da in dieser Disziplin Annahmen, Aberglaube, Überlieferungen und Fiktionen die Orientierung zu stark erschweren. Wir haben noch die vielen „gonorrhoischen" Exantheme gesehen, die nicht durch Gonokokken, sondern durch Sandelöl usw. bedingt waren. Die „Urethritis posterior", „Cystitis gonorrhoica", „spezifischen Mittel", „Tiefenwirkung", „Cervix gonorrhoe" usw. sind bereits bewiesene Irrtümer und Fiktionen, trotzdem bilden sie die wichtigsten Stützpunkte der landläufigen Gonorrhoelehre. Für mich ist es gar nicht wichtig, ob diese Hyperkeratose mit der Gonorrhoe im Zusammenhang steht oder nicht. Unerläßlich wäre es, daß die Fachleute, die so oft diese Krankheitsform sehen, endlich den Beweis führen, ob die Hyperkeratose mit der Gonorrhoe in *kausalem* Zusammenhang steht. Dabei kann die Feststellung „bei Gonorrhoe bestehend" nie gleich „durch Gonokokken verursacht" bedeuten. Werden auch Gonokokken im Blut nachgewiesen, so ist es doch nicht erwiesen, daß die Hauterscheinungen durch Gonokokken verursacht sind, von der ganz willkürlichen Annahme einer Toxinwirkung gar nicht gesprochen. In den seltensten Fällen von Gonokokkämie wurden Hauterscheinungen festgestellt — nie wurden in denselben Gonokokken einwandfrei nachgewiesen. Keine der Versuchsmäuse *Buschke-Langers,* keine der Patienten *Loesers, Wollfs* usw., denen lebendige Gonokokken eingespritzt wurden, reagierten mit einer Hyperkeratosis gonorrhoica.

Eine Revision der ganzen schulmäßigen Gonorrhoelehre tut not — um ein Symptom gonorrhoisch zu bezeichnen, ist der Nachweis von Gonokokken einziges Postulat.

Herr *Buschke:* Bei den urtikariellen und erythemotösen Formen der gonorrhoischen Exantheme kann in bestimmten Fällen der Zweifel, ob ein Zusammenhang mit Gonorrhoe besteht, berechtigt sein. Diese Form der Hyperkeratosen ist aber so gut gesichert, daß trotz des negativen Gonokokkenbefundes wohl außer von Herrn *Balog* an ihrer gonorrhoischen Natur niemand zweifelt, zumal auch dieser Fall wieder durch das mehrfache Auftreten im Zusammenhang mit Gonorrhoe einen klinischen Beweis für den Zusammenhang — soweit dies überhaupt möglich ist — liefert. Allerdings muß auch hier gesagt werden, daß ein sicherer Weg der Entstehung dieser Exantheme bis jetzt nicht bekannt ist.

Herr *Löhe:*

Herr *Michael:*

Digitized by Google

Herr *Heller* fragt, wie in dem vorgestellten Falle die *pathogene Bedeutung der Hefezellen* nachgewiesen wurde. Es gibt in der Literatur sehr viele Beobachtungen, in denen Hefepilze als Erreger zu Nagelkrankheiten angegeben wurden; es ist aber kaum möglich bei der Ubiquität der Hefen zu sagen, handelt es sich um einen Nosoparasitismus oder um eine Blastomykose; es wäre ja verständlich, daß zum Beispiel in dem zerklüfteten Nagelgewebe Hefezellen sich ansiedeln, ohne pathogene Bedeutung zu haben. Wiederholt *(A. Alexander-Bruhn, Jesser-Frei)* hat man in völlig normalen Nägeln Hefezellen gefunden.

Herr *Buschke:* Herr *Heller* hat vollkommen recht damit, das vielfach Blastomykose diagnostiziert wird, wo der Beweis der ätiologischen Bedeutung der Sproßpilze nicht geliefert ist. Denn auch in andere pathologische Prozesse, Ekzeme, Tuberkulose, Lues können Hefen eindringen, teils als Saprophyten, teils aber auch den Prozeß agravierend. Hier liegt aber keine sonstige Affektion vor, so daß es wohl berechtigt ist, eine Hefeinfektion sui generis anzunehmen.

6. Herr *Löhe:* 1. Frau *W.* 46 Jahre. Diagnose: Tuberkulosis ulcerosa fungosa des linken Unterschenkels.

Vater an Tuberkulose mit 39 Jahren gestorben. — Frau hat 3 gesunde Kinder, keinen Abort; Lues negatur. — Mit 6 Jahren Glassplitterverletzung der linken kleinen Zehe, die lange Zeit zur Heilung in Anspruch nahm. Kurze Zeit nach der Abheilung stellten sich Geschwüre am ganzen Unterschenkel ein, die erst im 15. Lebensjahr zur Ausheilung gelangten. — Seit 1921 ist das Bein wieder „offen". Seit 1926 ein schnelles Wachstum der Geschwüre bemerkbar, derart, daß in der Mitte des Herdes Heilung, in der Peripherie Fortschreiten des Prozesses zu verzeichnen ist. Schmerzen bestehen nicht, zeitweise schwillt das Bein stärker an. Durch Erysipel, das in den letzten 3 Jahren einmal eintrat, vorübergehende, erhebliche Besserung. — Trotz negativer Wassermannscher Reaktion erhielt die Patientin im letzten Jahre eine antisyphilitische Kur (26 Injektionen Salvarsan und reichlich Jodkali), ohne Erfolg.

Befund: mäßig kräftige Frau in reduziertem Ernährungszustand. Verlängertes Epirium über der rechten Spitze. Lungen röntgenologisch bis auf isolierte Kalkherde im Mittelfeld, frei. Pirquet: positiv + + +, Wassermannsche Reaktion — negativ. Die untere Hälfte des linken Unterschenkels ist eingenommen von einem zirkulär das Glied umziehenden Herd, der von einem bogig begrenzten, 2 cm breiten Rand umgeben ist, während das Zentrum von einem rötlichweißlichen, unelastischen Narbengewebe gebildet ist, in dessen Mitte einzelne kleinere, wenig prominierende Herde von weicher Konsistenz sich befinden. Der Rand setzt sich zusammen aus sehr zahlreichen linsenerbsengroßen Geschwüren mit weit unterminiertem Rand und schmierig-eitrig belegtem, leicht blutendem, weichem Grund. — Am distalen Rande des großen Herdes sieht man zahlreiche pfennigstückgroße, weit das Niveau überragende, blumenkohlartige (fungöse) Herde, die aus hellrotem Granulationsgewebe, das zum Teil mit Borken bedeckt ist, bestehen; die Sonde dringt leicht in ein weiches, leicht blutendes Gewebe ein. — Am dorsum pedis ein isolierter fünfmarkstückgroßer, rundlicher, bogig begrenzter Herd, ein gleicher am Endglied der linken großen Zehe.

Digitized by Google

Es besteht ausgesprochene Lymphozytose 50%, mäßige Monozytose. Die Untersuchung auf Spirochaeta pallida, *Ducrey*sche Bazillen und Sporotrichon ergab ein negatives Resultat. Auch konnten bis jetzt Tuberkelbazillen nicht gefunden werden.

Die histologische Untersuchung (aufgestellte Präparate) bestätigte die Diagnose. Verimpft wurde auf 2 Meerschweinchen, Resultat noch nicht abgeschlossen.

Unter Röntgentherapie und Arsen innerlich ist eine wesentliche Abflachung aller Herde, eine Abheilung des breiten Geschwürsrandes eingetreten.

2. Frau H. 27 Jahre. Diagnose: Psoriasis pustulosa, Arthropathie. Eltern an Tuberkulose gestorben. In der Familie keine Psoriasis. — Psoriasis besteht bei der Patientin seit 1921. Nach längerem Freisein von Erscheinungen Ende Januar 1926 Anschwellung der drei Mittelzehen des linken Fußes und beider Kniee. Februar 1927 Erkrankung sämtlicher Finger und universeller Ausschlag. Die befallenen Endglieder der Finger und Zehen waren kolbig verdickt mit zahllosen psoriatischen zum Teil pustulösen, zum Teil mit kleinen Borken versehenen Effloreszensen bedeckt. Schwere trophische Störungen sämtlicher Nägel. Neben der noch für sich bestehenden beträchtlichen Schwellung beider Kniegelenke, die jetzt geringe Beweglichkeit aufweisen, ist besonders bemerkenswert die hochgradige Versteifung der Lendenwirbelsäule. Besserung ist eingetreten durch Neopyrintabletten (Atophanpräparat) und eine ganz milde Behandlung mit Bädern und 2% Salizylvaseline.

3. Herr F. Sch. 40 Jahre. Diagnose: Melanokarzinom. April 1926 trat sich der Patient bei der Arbeit einen Nagel in die Ferse des linken Fußes. Die Wunde heilte schlecht; das sich entwickelnde Geschwür wurde mehrfach ausgebrannt. Einige Wochen später entstanden um dasselbe herum bläuliche, linsen-erbsengroße Knötchen, die sich weich anfühlten und schnell an Größe und Zahl zunahmen. — Wegen Lues in der Anamnese und positiver Wassermannscher Reaktion wurde Schmierkur und Salvarsan gegeben.

Bei der Aufnahme am 18. April 1927 an der linken Ferse ein zweimarkstückgroßes, 1 cm tiefes Ulkus. In der unmittelbaren Umgebung, sowie auch auf der ganzen Fußsohle zahlreiche erbsen-bohnengroße, blauschwarze, derbe Knoten, die sich auch im Verlauf der Lymphbahn des Ober- und Unterschenkels finden. Die Drüsen in der linken Leistenbeuge hühnereigroß, in der rechten kirschgroß, hart, indolent. Im Bereich des Rippenbogens in der rechten Seite hat sich allmählich eine jetzt enteneigroße, derbe Geschwulst entwickelt.

Röntgenbild zeigt zerstreut verdächtige Flecken in beiden Lungenfeldern ganz besonders rechts unten; rechte Lungenspitze verschattet. Ob es sich um Metastasen hierselbst handelt, kann erst mit Sicherheit eine erneute Aufnahme in 4 Wochen ergeben.

Histologisch (aufgestelltes Präparat) handelt es sich um ein Melanokarzinom.

4. Herr U. 52 Jahre. Lues 1894, unbehandelt; Psoriasis vulgaris 1918 im Felde. Da Wassermannsche Reaktion positiv war, antisyphilitische Behandlung. Nach 3 Injektionen Kalomel in einer Woche, schwere ulzeröse Stomatitis. In wenigen Wochen erhebliche Zerstörung der Zunge, Verlust fast aller Zähne und ausgedehnte Nekrose des Unter- und Oberkiefers (Rö-Bild). Allmählich entwickelte sich eine so hochgradige Kiefersperre, daß vor 2 Jahren Tenotomie der Masseteren nötig wurde, durch welche jetzt eine Öffnung des Mundes bis zu 1 cm breitem Spalt möglich ist. Durch diese schmale Öffnung

Digitized by Google

vermag der Patient die rüsselförmig zugespitzte Zunge mit Anstrengung mit den Fingern hervorzuholen. Speiseaufnahme nur in breiigem Zustand möglich. — Zur Zeit besteht wieder eine universelle Psoriasis.

Aussprache:

Herr *Buschke:* Ich habe einen Fall von Naevustumor der Fußsohle beobachtet, der anderweitig mit Röntgen behandelt wurde und sich zu einem metastasierenden Naevokarzinom entwickelte, das schnell zum Tode führte. Solche Tumoren sind möglichst in Ruhe zu lassen, es ist sogar oft zweifelhaft, ob die Exstirpation in gesunden Grenzen zu empfehlen ist, da selbst dann oft Metastasen sich entwickeln. Jedenfalls kommt höchstens das in Frage und keine lokale Palliativmethode.

7. Herr *Adler:* 1. *Syphilitische Arthritis.* Bei der 37 Jahre alten Frau handelt es sich um eine in Rezidiven auftretende Gelenkentzündung an den Händen und Füßen, insbesondere an den Fingergelenken im Spätstadium der Lues. Wir sehen bei der Kranken am linken Mittel- und Zeigefinger das Grundgelenk, am 4. und 5. Finger das erste Interphalangealgelenk befallen. Nach Rückgang der starken Ergüsse, die in ihrer Spindelform an spina ventosa erinnerten, besteht zurzeit noch Verdeckung des Gelenks, die im Vergleich zu den objektiven Veränderungen dauernd nur ein Hitze- oder Spannungsgefühl, jedenfalls keine reißenden Schmerzen verursachen. Bei passiven, schmerzlosen Bewegungen krepitieren die befallenen Grundgelenke; in der Gegend des capitulum ulnae besteht eine diffuse Schwellung der Sehnenscheiden. Am linken Fußrücken hat sich vor 2 Monaten eine die Tarsometatarsalgelenke und die Metatarsi einnehmende ödematöse Schwellung gebildet, die das Auftreten behindert und auf Gelenkentzündung beruht.

Der Röntgenbefund ergab an den Köpfchen der 2. und 3. Metakarpus eine Zerstörung des medialen Randes mit unregelmäßigen zackigen Resten; die Köpfchen erscheinen um ein Drittel verschmälert. An den Interphalangealgelenken sind die Gelenkspalten erheblich verkleinert.

Die Metatarsalgelenke waren röntgenologisch ohne Befund. Die Vorgeschichte ist folgende: Eine luetische Infektion vermutet die Kranke von ihrem Mann erster Ehe erworben zu haben. Irgendwelche Krankheitserscheinungen hat sie bis 1919 nicht bemerkt. Damals bemerkte sie einen flechtenartigen Ausschlag am rechten Unterarm. 1922 entstand schmerzlos eine Anschwellung des rechten Radiokarzalgelenks, die als Gelenkrheumatismus vier Wochen lang ohne irgendwelchen Erfolg mit Massage und Heißluft behandelt wurde, Wegen des seit 3 Jahren bestehenden trockenen Hautausschlags am rechten Unterarm und eines verdächtigen Herdes auf der rechten Gesäßseite, wurde mir die Kranke überwiesen. Es handelt sich um tuberoserpiginöse Syphilide. Die nunmehr gemachte Blutuntersuchung nach Wassermann hatte ein schwachpositives Resultat. Tuberkuloseverdacht bezüglich der Gelenkaffektion hatte eine Überweisung an Herrn Professor *Franz Friedrich Friedmann* zwecks Behandlung mit dem Friedemannschen Mittel veranlaßt, ein Verdacht, der von dieser Stelle nicht geteilt wurde.

Durch eine 40tägige Einreibungskur mit Resorbinquecksilber ging die Anschwellung prompt zurück, doch machte die Gebrauchsbehinderung infolge von Kraftlosigkeit beim Zufassen nach langer Zeit Heißluft und Massage erforderlich. Ein zu dieser Zeit hergestelltes Röntgenbild zeigte keine Veränderung im Bereich des Gelenkes.

Digitized by Google

1923 erfolgte ein Rezidiv in Gestalt von schmerzlosen spindelförmigen Anschwellungen von einzelnen Fingergelenken der rechten Hand, die sich etwa jährlich wiederholten und schließlich, da sich Patientin einer Allgemeinbehandlung gegenüber entschieden ablehnend verhielt, immer wieder durch Jodkali, innerlich dargereicht, und lokale Behandlung mit Jod oder Hg, wenn auch jetzt langsamer zurückbringen ließen.

Eine Überprüfung des Befundes durch die Klinik des Herrn Professor *Michaelis* führte ebenfalls zu der gestellten Diagnose Arthritis luetica.

Für die Diagnose ist von Beginn an das eigentümliche Zusammentreffen manifester, spätsyphilitischer Hauterscheinungen mit der torpidem, jedenfalls von akuten entzündlichen Erscheinungen freien Verlaufsweise der Gelenkerkrankungen, die wirksame antisyphitische Behandlung bestimmend gewesen. Das Befallensein der Fingergelenke ist besonders selten.

Die schwerere Form der Gelenkerkrankung, wie sie an den Grundgelenken der Finger mit Zerstörung des Knochens einher geht, ist erst nach wiederholten Rezidiven zustande gekommen und ist als Arthritis deformani auf der Grundlage syphilitische Arthritis aufzufassen.

2. *Fall von Hautatrophie.* Der folgende Krankheitsfall betrifft einen 45jährigen Klaviermacher, der mit der rechten Hand meist mit einem leichten Hammer arbeitet. Patient hat früher als Gastwirt stark getrunken und berichtet, einmal einen schweren Kollaps durch Herzschwäche gehabt zu haben; auch ist er wegen Netzbruchs der Linea alba operiert worden.

Die Finger der rechten Hand schwollen nach Angabe des Kranken innerhalb einiger Wochen dick an. Dann trat eine tiefdunkel-blaurötliche Verfärbung ein. Volar- und Dorsalseite der Finger bis über die Grundgelenke hinaus, der Daumen und der benachbarte Teil des Daumenballens sind zyanotisch, durch gleichmäßige Schwellung der Weichteile in ihrem Volumen vergrößert und fühlen sich wärmer an als auf der gesunden Seite.

Soweit die Farbenveränderung reicht, besteht Atrophie der Haut, die wie ein zu weiter Glacéhandschuh in Falten liegt.

Der Kranke klagt über Schmerzhaftigkeit der Fingergelenke.

Der Zustand der Blutfüllung und Schwellung wechselt in Zeiträumen von wenigen Tagen; zumeist besteht der Eindruck eines Zustandes, wie er bei der aktiven Bierschen Stauungshyperämie ist. Die rechte Hand, über den Grundgelenken der vier letzten Finger gemessen, war 1,8 cm; die einzelnen Finger über den Mittelgelenken gemessen, waren 2,1—2,5 cm dicker als links.

Am 11. 3. 1927 notierte ich: Die Haut fühlt sich kühl an und ist weniger geschwollen. Am 14. 3. 1927: Bei kaltem Wetter war die Haut wärmer anzufühlen, tiefblau verfärbt.

Auffallend ist eine derbe, etwa kirschgroße Kubitaldrüse auf der kranken Seite. Das Blutbild zeigte keine leukämische oder pseudoleukämische Veränderung. Der Wassermann ist negativ.

Die innere Untersuchung ergab eine nervöse Erregbarkeit des Herzens und eine schwer zu behebende chronische Obstipation. Organische Nervenerkrankung, insbesondere Syringomyelie, ist nicht nachweisbar.

Die Diagnose Akrodermatitis, chr. Atrophie, erschöpft dieses Krankheitsbild nicht ganz.

Die vasomotorischen Störungen treten in den Vordergrund; sie sind wohl nach ihrer Art auf Wirkung des Sympathikus zurückzuführen, der auch in seinen Herz- und Darmverzweigungen in patholog. Weise ergriffen ist.

Digitized by Google

Auch ist auffallend, daß sich die Atrophie der Haut so akut fast gleichzeitig mit dem entzündlichen Erscheinungen entwickelt hat.

Aussprache:

Herr *R. Ledermann* weist auf das Vorkommen von Gelenkentzündungen in allen Stadien der Syphilis und auf die häufig vorkommende Schwierigkeit hin, sie von gonorrhoischen, tuberkulösen und anderen Gelenkerkrankungen zu unterscheiden. Er berichtet über einen Fall von spezifischer Gelenkentzündung am Metatarsus des einen Fußes bei einem 34jährigen Mann auf kongenital-syphilitischer Basis. Das Röntgenbild und der positive Ausfall der Wa.R. sicherten die Diagnose, nachdem der Patient viele Jahre hindurch wegen Plattfußbeschwerden mit Einlagen usw. vergeblich behandelt worden war. Die eingeleitete Wismut-Neosalvarsankur brachte schon nach wenigen Einspritzungen Nachlaß der Beschwerden, nach Beendigung Heilung. Bei der alten noch lebenden Mutter des Kranken wurde Syphilis mit positivem Wassermann festgestellt. Die Ehefrau und das Kind waren frei von Lues.

Herr *O. Rosenthal.* Die von dem Vortragenden angeführten Symptome sind für die Diagnose Lues nicht pathognomonisch. Wie schon vor einer Reihe von Jahren in dieser Gesellschaft von *Reuvers* und dem Redner ausgeführt wurde, kann die Syphilis der Gelenke mono- und polyartikulär, akut, subakut und chronisch verlaufen, am häufigsten allerdings wird wie bei der Gonorrhoe nur ein Gelenk befallen.

Herr *Buschke:* Ich möchte auch nicht mit voller Sicherheit hier Lues annehmen, wenngleich es nicht ganz auszuschließen ist. Das Röntgenbild — darin stimme ich Herrn *Richter* bei — spricht nicht dafür, ausgesprochene Verdickung und Verdichtung des Knochens fehlt. Immerhin wäre es möglich, daß die Röntgenbilder anderer Gelenke sichere Anhaltspunkte ergeben, zumal die Therapie — die allerdings nichts Sicheres beweist — doch nicht ohne Einfluß war. Allerdings haben Hg und Jod auch unspezifische Wirkung.

8. Herr *W. Fischer:* 1. Demonstration eines histologischen Präparates. Bei dem in der vorigen Sitzung vorgestellten Fall von Tumorbildung in der Leistengegend war klinisch die Diagnose nicht sicherzustellen; nach dem jetzt vorliegenden mikroskopischen Präparat, handelte es sich um ein Basalzellenkarzinom.

2. Ausgedehnte Alopecia areata bei einer älteren Frau mit graumeliertem Haar, die dadurch bemerkenswert ist, als in den alopezischen Herden nur die pigmenthaltigen schwarzen Haare ausgefallen sind, während die weißen resistieren.

Herr *Pinkus:* Vortrag über den Bau der Nagelsohle. (Erscheint als Originalarbeit in dieser Zeitschrift.)

Aussprache:

Herr *Heller:* Die wichtigen Ausführungen des Herrn *Pinkus* haben sicher hohe Bedeutung für die *vergleichende Anatomie* der Nägel. Es fragt sich aber, wie weit darf man aus den Ergebnissen dieser Forschungen Rückschlüsse für die menschliche Pathologie machen? Nur zwei Punkte von recht vielen will ich hervorheben: 1. Das Nagelbett darf in seiner Totalität nicht als ein in bezug auf die Hornbildung *steriles* Gebiet angesehen werden. Bei allen patholgoischen Prozessen des Nagels entwickelt sich eine sehr intensive

Digitized by Google

Hornbildung von diesem Gebiete aus. Das sog. Polstergewebe *Virchows*, das zwischen Nagelplatte und Nagelbett liegt, ist eben ein Produkt des Nagelbettes und keineswegs von einer Produktion des Sohlenhornes abhängig. 2. Für die menschliche Pathologie hat man doch eigentlich stets angenommen, daß die Haut der Fingerbeere unmittelbar in das Nagelbett übergeht. Finden sich also unter dem freien Rande des Nagels pathologische hyperkeratotische Bildungen, so besitzen diese als Produkte der Fingerbeerenhaut natürlich ein stratum granulosum (z. B. der clavus subungualis). Auch hier dürfte eine Beteiligung des Sohlenhornes, das ja für die Pathologie der Tiere, insbesondere der Huftiere, eine große Rolle spielt, nicht beim Menschen in Frage kommen.

Sitzung am Dienstag, den 14. Juni 1927.

Vorsitzender: Herr *Arndt*. Schriftführer: Herr *Ledermann*.

Tagesordnung:

1. Herr *Wilhelm Richter: Knochen- und Gelenkerkrankungen in der Dermatologie unter Berücksichtigung der Differenzialdiagnosen.* (Vortrag.)

Vortragender hat durch seine Tätigkeit im Rahmen einer chirurgischen Klinik in den letzten Jahren an ausgedehntem Material die Grenzgebiete zwischen Dermatologie und Chirurgie eingehend studiert.

An Hand von zahlreichen Diapositiven gab *R.* unter Berücksichtigung der differentialdiagnostisch abzugrenzenden Erkrankungen einen Überblick über die Gelenkerkrankungen, die für den Dermatologen von Interesse sind. Er machte aber besonders darauf aufmerksam, daß die klinischen Symptome keinesfalls vernachlässigt werden dürfen, da das Röntgenbild nicht immer völlig eindeutig ist und daher nur zur Unterstützung herangezogen werden darf.

Von den akuten Gelenkerkrankungen brachte *R.* zunächst die Go.-Arthritis und wies darauf hin, daß im allgemeinen durch die Akuität, Befallensein eines Gelenks, vor allem aber durch das Bestehen einer Go. oder den anamnestischen Nachweis einer solchen, das klinische Bild verhältnismäßig eindeutig ist.

Jedoch muß vor allem bei Frauen, bei denen der Hauptfaktor — Bestehen einer Go. oder deren anamnestischer Nachweis — häufig Schwierigkeiten macht, und weiterhin in den Fällen die *Axhausen* als unspezifische Arthritiden zusammenfaßt, auf die *R.* später noch im Zusammenhang zu sprechen kommt, das Röntgenbild zur Klärung der Diagnose mit herangezogen werden.

Röntgenologisch zeigt sich schon kurze Zeit nach Bestehen der Erkrankung Verschmälerung und Verschleierung des Gelenkspalts, die auf Usurierung des Knorpels zurückzuführen ist, später dann Erweichungsherde an den dem Gelenk angrenzenden Knochenteilen. Auch Periostitis der angrenzenden Knochenteile wurde beobachtet. Der Ausgang der Erkrankung kann zur völligen Ankylosierung des Gelenks führen, vor allem aber im Anschluß an die phlegmonöse Erkrankungsform, wie sie *König* von dem Hydrops, dem sero-fibrinösen Erguß und dem Empyem abgrenzt.

Die von *Axhausen* als unspezifisch bezeichneten Gelenkerkrankungen zeigen klinisch dieselben Erscheinungen wie die Go.-Arthritis. Röntgenologisch dagegen findet sich in diesen Fällen keine Veränderung, so daß der

Digitized by Google

Prozeß paraartikulär manifestiert zu sein scheint. *R.* glaubt auf Grund seiner Beobachtungen annehmen zu können, daß es sich bei diesen Fällen um Metastasen handelt, die von den verschiedenen Infektionsprozessen (Angina usw.) ausgehen können, und bezeichnet dieses Krankheitsbild als Arthritis metastatica septica.

Bei den tuberkulösen Gelenkerkrankungen, die klinisch ähnlich der Go.-Arthritis ablaufen können, findet man neben fungösen Prozessen, die sich im Röntgenbild als spindelförmige Verdichtungen in den Weichteilen der Umgebung des Gelenks zeigen, in dem epiphyseren Teil des Knochens atrophische Herde, während das Gelenk zunächst im Gegensatz zur Arthritis gonorrhoica freibleibt.

Die Atrophie kann bis an die Gelenkoberfläche vordringen und damit bei der Regeneration durch ossifizierenden Reiz zur Ankylose führen. Aber auch in diesen Fällen läßt sich die tbc. Arthritis von der Go.-Arthritis durch die tiefgehenden atrophischen Prozesse in der Epiphyse bei der ersteren, und wenn der Prozeß in Heilung übergegangen ist, durch die Veränderung der Knochenstruktur mit den schwach gezeichneten Knochenleistenzeichnungen abgrenzen.

Den Übergang zu den chronischen Gelenkerkrankungen bildet die Arthritis luica der Sekundärperiode. Klinisch zeigt diese gegenüber der Go. einen schleichenden subakuten resp. chronischen Verlauf, besonders charakteristisch sind die Dolores nocturnae. Im Röntgenbild zeigt *R.* an seinem Material als auffälliges Symptom Verengerung des Gelenkspalts, während im übrigen, außer bei älteren Fällen, bei denen gelegentlich geringgradige Osteophytenbildung eintritt, keine besonderen Veränderungen einzutreten scheinen. Hieraus ergibt sich, daß der Röntgenbefund nur unter Hinzuziehung der sonst zur Verfügung stehenden Untersuchungsmethoden, vor allem aber des Gelenkpunktates für die Diagnose verwertet werden kann.

Von diesem Krankheitsbild leitet dann *R.* über zu den chronischen Gelenkerkrankungen, und zwar zur Arthritis deformans, bei der im Vordergrund des Röntgenbefundes gegenüber der Arthritis luica ausgedehnte Osteophytenbildung, d. h. Knochenwucherungsprozesse, die vor allem von den Epikondylen ausgehen, steht. Auch hier zeigen sich Gelenkspaltverengerungen, und weiterhin durch die Schädigung des Gewebstonus Verschiebung der Knochenachsen gegeneinander, wodurch klinisch schwere Gelenkdeformierung (Wackelknie) entsteht.

In diese Krankheitsgruppe sind dann im allgemeinen die mit Psoriasis vergesellschafteten Gelenkerkrankungen einzureihen. Da diese sich häufig an den Phalangen lokalisieren, weist *R.* differenzialdiagnostisch auf die Arthritis urica hin, bei der infolge der Ablagerungsprozesse an den Epikondylen der Arthritis deformans ähnliche röntgenologische Bilder entstehen können. Diese unterscheiden sich aber durch die Aussparung des Knochens an den befallenen Teilen, die auch bei älteren Herden, bei denen schon starke Ablagerungen stattgefunden haben, immer noch durch die veränderte Durchlässigkeit für Röntgenstrahlen nachzuweisen ist.

Richter demonstriert dann eine interessante Beobachtung einer Gelenkerkrankung bei Psoriasis, die seit 2 Jahren besteht, und in einem Wechselverhältnis zur Psoriasis in Beziehung auf die klinischen Erscheinungen steht. Es handelt sich um Erweichungsprozesse der angrenzenden Knochenteile des Endphalangealgelenks des Zeigefingers, und weiterhin um Aussparungs-

Digitized by Google

prozesse an den Epykondylen der Grund-, Mittel- und Endphalanx, bei denen deutlich Auflagerungen röntgenologisch zu erkennen sind, die dem Bilde der Arthritis urica gleichen. Die Gelenkerkrankung des Endphalangealgelenks entspricht röntgenologisch völlig einem schweren Gelenkpanaritium, jedoch der schleichende, klinische Verlauf, das Fehlen jeglichen phlegmonösen Prozesses deuten auf ein Krankheitsbild wie jenes. Trotz der Veränderungen an den Epikondylen der anderen Phalangen, die für Arthritis urica sprechen, glaubt *R.* zusammenfassend von einer Arthritis psoriatica sprechen zu können.

Von der Arthritis deformans leitet *R.* über zu den tabischen Gelenkaffektionen, die klinisch dieselben Erscheinungen zeigen, röntgenologisch sich aber durch Erweichungsherde und Knochenneubildungsprozesse charakterisieren, die frei in der Umgebung des Gelenks lokalisiert sind, und die, wie *Israel* angegeben hat, von der Kapsel ausgehen können. Auch hier zeigen sich im Laufe der Erkrankung schwere Gelenkdeformierungen mit völliger Verschiebung der Gelenkflächen gegeneinander (Wackelknie).

Als besonders beachtenswert zeigt *R.* an einem von ihm beobachteten Fall mit tabischer Gelenkerkrankung und Spontanfraktur, eine ausgedehnte Kallusbildung an der Frakturstelle nach der Heilung im Verlauf der spezifischen Kur. Unter dem klinischen Bild eines Mal. perforans zeigt *R.* röntgenologisch das typische Bild tabischer Gelenkveränderungen. Als besonders beachtenswert demonstriet *R.* einen Fall von tabischen Veränderungen der Wirbelsäule, die er rückschließend an Hand des Röntgenogramms feststellte, da trotz wiederholter Versuche die Lumbalpunktion nicht gelang.

Richter kommt dann weiter zur Besprechung der Knochenerkrankungen und weist bei der Tuberkulose auf das von ihm anläßlich der tuberkulösen Gelenkerkrankungen Gesagte hin, da die tuberkulösen Knochenerkrankungen, die sich in den Epiphysen abspielen, bei dieser Gelegenheit zur Genüge besprochen sind.

Als besonders beachtenswert zeigt er einen interessanten Fall von multiplen spinae ventosae, die klinisch Schwellung und Entzündung in dem befallenen Phalangealgegenden, röntgenologisch neben Auftreibung Atrophie des Knochens zeigen.

Differenzialdiagnostisch demonstriert *R.* eine Knochenzyste, die klinisch gegenüber der Tuberkulose durch das Fehlen jedes Krankheitsymptoms zu eruieren ist, im allgemeinen erst durch eine Spontanfraktur erkannt wird und röntgenologisch sich durch einen umschriebenen, mit unregelmäßig durcheinanderlaufenden Knochenleisten durchsetzten, ausgesparten Herd charakterisiert.

Im Gegensatz hierzu wieder steht die Ostitis fibrosa, bei der klinisch Schmerzhaftigkeit und Entzündung in einem umschriebenen Teil der Knochendiaphyse, röntgenologisch neben einer Auftreibung des Knochens, schwammige Auflösung besteht.

Differenzialdiagnostisch leitet dann *R.* zu der Osteomylitis über, bei der klinisch neben der Entzündung und Schwellung des Bezirks des Knochenerkrankungsherdes, vor allem Fistelbildung besonders charakteristisch ist. Röntgenologisch zeigen sich im Knochenmark unregelmäßig verteilte Erweichungsherde, Sequestierung, und als besonders auffallend vom Periost ausgehend Knochenneubildungsprozesse (Totenlade). Diese letzteren sind im allgemeinen durch einen schmalen Spalt von der Kortikalis getrennt, können aber im Laufe der Zeit mit dieser zusammen eine Verdickung der Kortikalis

Digitized by Google

vortäuschen und dann differenzialdiagnostisch Schwierigkeiten gegenüber der Ostitis lucica machen.

Bevor *R.* zur Besprechung dieses Krankheitsbildes übergeht, weist er darauf hin, daß die verschiedensten Erreger ätiologisch osteomyelitische Erkrankungen hervorrufen können. [Staphylokokken, Streptokokken, Sporotrichen, Blastomyzeten, selbst Gonokokken *(Uhlmann* und *Heymann).*

Von der Osteomyelitis leitet *R.* über zu der Osteomyelitis luica, die klinisch wie auch röntgenologisch völlig gleichwertig sein können, so daß die Klärung der Diagnose erst unter Zuhilfenahme spezifischer Untersuchungen, eventuell auch ex juvantibus erfolgen kann. Im allgemeinen bestehen aber neben der Osteomyelitis luica noch andere luetische Knochenerkrankungen, wie z. B. Ostitis luica mit der charakteristischen Verdichtung der Kortikalis, infolge von sklerosierenden neben osteoporotischen Vorgängen. Weiterhin kann auf der anderen Seite auch das Periost mitbeteiligt sein, in Form von umschriebener Schwellung, deren Zentrum eingeschmolzen sein kann, während vom Rande Ossifikation eintritt, andererseits die Gesamtschwellung ossifiziert ist. Diese periostale Veränderung kann sich gegen die Kortikalis vorschieben und da zu weitgehenden osteoporotischen Prozessen führen. Die mehr diffuse Periostitis der Frühperiode, die sich röntgenologisch in Form von unregelmäßigen Knochenauflagerungen darstellt, ist differenzialdiagnostisch gegenüber den Periostitiden im Anschluß an chronische Hauterkrankungen (Ulcera cruris, Erythema induratum Bazin usw.), zur Sicherung der Diagnose nicht eindeutig genug und kann erst unter Zuhilfenahme des klinischen Bildes und der sonst üblichen Untersuchungsmethoden gesichert werden.

Richter demonstriert dann weiter eine Osteochondritis luica bei einem Neugeborenen mit der charakteristischen Auffaserung der Epiphysenlinie.

Zum Schluß zeigt *R.* einen Fall von ossifizierendem Sarkom, das vom Periost ausgeht, röntgenologisch sich von der Periostitis luica unterscheidet durch die scharfe Abgrenzung gegenüber den angrenzenden, nicht befallenen Knochenteilen und die radiäre Anordnung innerhalb des Krankheitsherdes. (Autoreferat.)

Aussprache:

Herr *Buschke:* Die außerordentlich interessanten Darlegungen und schönen Demonstrationen vom Herrn Kollegen *Richter* zeigen uns wieder einmal, wie wichtig es ist, daß die Dermatologie Anschluß an die anderen Haupt- und Spezialfächer der Medizin findet. Denn durch Vergleiche und Erfahrungen auf verschiedenen Gebieten werden manche uns interessierende Fragen aufgehellt und andererseits umgekehrt auch die anderen Fächer durch dermatologische Beobachtungen gefördert. Wenn ich mir nun einige Bemerkungen zu den Ausführungen des Herrn Vortragenden gestatten darf, so hat es mich gewundert, daß er uns im Bilde so viel Ankylosen vorgeführt hat. Das entspricht nicht unseren Erfahrungen. Wir sind in der glücklichen Lage, bei der überwiegenden Zahl der gonorrhöischen Gelenke eine normale oder fast normale Funktion der Gelenke zu erzielen. Prinzipiell teilen wir diese Gelenkerkrankungen ein, in solche, bei denen sich seröse, serofibrinöse, außerordentlich selten eitrige Ergüsse meist mit Kapselschwellung entwickeln, mit geringer oder ohne paraartikulärer Phlegmone und eine zweite Gruppe mit paraartikulärer Phlegmone oft sehr hohen Grades mit ganz minimalen oder meist ohne Gelenkergüsse. Bei den letzteren, die glücklicherweise nicht zu den Häufigsten gehören, behandeln wir in den letzten Jahren von vornherein

Digitized by Google

auf Ankylose in guter Stellung, weil wir nach vielfachen, früheren, vergeblichen Versuchen doch gesehen haben, daß eine ordentliche Funktion nicht zu erhalten ist und sonst Kontrakturen entstehen. Bei Gelenken, die nennenswerte, größere Ergüsse nicht beherbergen können, wie zum Beispiel die Handgelenke, besteht auch bei intraartikulärer Erkrankung die Gefahr der Ankylosierung wegen der Berührung der Gelenkflächen. Doch gelingt es auch hier nicht, so selten Beweglichkeit zu erzielen. Vielleicht ist die Verschiedenheit des Krankenmaterials oder die ambulatorische Behandlung die Ursache der Differenz zwischen Herrn *Richter* und uns, da doch zweifellos die Behandlung in der Bierschen Klinik hervorragend ist.

Mit der älteren Anschauung, daß die gonorrhoische Arthritis wesentlich monoartikulär ist, kann ich auf Grund meiner doch sehr ausgedehnten Erfahrungen mich nicht ganz einverstanden erklären. Es gibt natürlich auch genügend monoartikuläre Fälle, aber die überwiegende Zahl ist polyartikulär; und schließlich gibt es Fälle, die von der Polyarthritis schwer abzugrenzen sind.

Was die Behandlung betrifft, so machen wir fast gar keine Punktionen des Gelenkes mehr, weil ich glaube beobachtet zu haben, daß doch dann vielfach leichter Verlötungen und Funktionsstörungen sich entwickeln. Wir behandeln wesentlich mit den alten Methoden, Hitzeapplikationen, gelegentlich Diathermie, Diplomatisieren zwischen Fixation und Bewegung, Massage der Muskulatur, Stauung wesentlich zur Schmerzlinderung, parenterale Eiweißtherapie, Vakzine und Hydrotherapie.

Was die zeitliche Beziehung zur Gonorrhoe betrifft, so schließen sich ja wohl die meisten Gelenkaffektionen an die akute und subakute Gonorrhoe an, aber auch an chronische Gonorrhoe und latente Gonorrhoe kann nach vielen Jahren eine Arthritis sich anschließen, wie das schon *König* erwähnt und wie wir das auch beobachtet haben, wobei es natürlich nicht immer leicht sein wird, mit Sicherheit den gonorrhoischen Charakter festzustellen.

Was die syphilitischen Gelenkaffektionen anbetrifft, so gehören ja wohl die meisten dem späteren Stadium der Lues an und sind dann vielfach mit periostischen und ostitischen Verdickungen, gelegentlich auch mit enormen Kapselverdickungen verknüpft, aber ich habe auch gelegentlich im Frühstadium akute Ergüsse gesehen, ohne Gonorrhoe, die sich auf die spezifische Therapie auffallend schnell zurückbildeten. Was die psoriatischen Gelenkaffektionen betrifft, über deren Häufigkeit an den Fingergelenken in neuerer Zeit russische Autoren berichtet haben, was *Curth* aus meiner Klinik bis zu einem gewissen Grade bestätigen konnte, so glaube ich allerdings, daß eine Kombination mit wirklicher Gicht verhältnismäßig selten ist und daß es sich vielmehr wahrscheinlich um eine Störung im Kalkstoffwechsel der Knochen handelt, vielleicht endokrin bedingt wie möglicherweise die Psoriasis selbst.

Alles in allem sind wir jedenfalls Herrn *Richter* dankbar für die Anregungen, die er uns durch seine Darlegungen gegeben hat.

Herr *Heller:* Der Vortragende hat das wichtige Kapitel der Gelenkveränderungen bei Syphilis hereditaria tarda nicht erwähnt. Ich zeige im Röntgenbilde (Demonstration) einen charakteristischen Fall eines 1½ jährigen Mädchens, das wegen der für Tuberkulose gehaltenen Krankheit in einer großen chirurgischen Klinik behandelt wurde und sogar operiert werden sollte. Es war zu einer starken, keiner angewandten Therapie weichenden

Digitized by Google

Gelenkschwellung gekommen, Der Vater, den ich selbst an Lues behandelt hatte, brachte mir die Patientin zur Diagnose, die für mich natürlich leicht war. Es handelte sich, wie das Röntgenogramm zeigte, um syphilitische gummöse Prozesse im Carpalgelenkende des Radius. Das Mädchen hatte einige Jahre vorher an einer Keratitis interestitialis gelitten, deren Natur damals verkannt worden war. Antisyphilitische Therapie brachte Heilung.

Herr *E. Saalfeld* bittet Herrn *Richter* um nähere Angaben über die Quaddelbehandlung bei Erkrankung des Hand- resp. der Fingergelenke sowie beim Erysipeloid.

Herr *Kleeberg* warnt davor, sich bei der Diagnose nur auf das Röntgenbild zu verlassen. Erst kürzlich bekam er von einem anerkannten Chirurgen einen alten Luetiker zur Behandlung. — Wassermann und Heinike waren negativ — bei dem auf Grund des absolut typischen Röntgenbildes die Diagnose Periatitis luetica des r. humerus gestellt war; Salvarsan, Wismut, Jodkali blieben ohne Erfolg. Aus der anscheinend typischen Periatitis entwickelte sich ein schnellwachsendes Sarkom, das trotz energischer Röntgentherapie zum Exitus führte. Das Röntgenbild kann nur eine Unterstützung sein, entscheidend muß immer das ganze klinische Bild bleiben.

Herr *W. Richter:* (Schlußwort).

Die von Prof. *Buschke* als auffällig bezeichneten, zahlreichen Ankylosen, die *R.* demonstriert hat, sind nicht Resultate eigener Behandlung, sondern Zusammenstellungen von Fällen, die der Klinik von der Berufsgenossenschaft zwecks Begutachtung über den Grad der Erwerbsfähigkeit überwiesen sind. Weiterhin wies Prof. *B.* darauf hin, daß monoartikuläre Gelenkerkrankungen nicht als Charakteristikum für Gonorrhoe anzusprechen seien, sondern gerade die Polyarthritiden resp. das Überspringen von einem Gelenk auf das andere viel häufiger anzutreffen seien, und vermißte die Differenzialdiagnose gegenüber der Polyarthritis rheumatica. Hierzu äußerte sich *R.*, daß es auf den Zeitpunkt ankäme, in dem man die Patienten in Behandlung bekommt, das heißt es können ganz im Beginn Beschwerden in mehreren Gelenken auftreten, die aber nur vorübergehend sind, um sich dann schnell in einem Gelenk zu manifestieren, später kann ein Überspringen auf andere Gelenke resp. eine Erkrankung mehrerer Gelenke sich entwickeln. Zugegeben wird, daß auch von Anfang an mehrere Gelenke befallen werden können, jedoch sind diese Fälle, bei dem von *R.* beobachteten Material verhältnismäßig selten. Die Differenziakdiagnose gegenüber der Polyarthritis rheumatica ist aber auch röntgenologisch wegen des Fehlens der für die Go.-Arthritis angegebenen charakteristischen Veränderungen leicht auszuschließen.

Was die Behandlung der Go.-Arthritis anlangt, so wollte *R.* hierauf nicht eingehen, da es dem Thema des Vortrages nicht entspreche. Da aber die Frage angeschnitten sei, wies er darauf hin, daß es als besonders beachtenswert für die Heilung der Go.-Arthritis erscheine, neben den sonst üblichen Behandlungen (Biersche Stauung, Umspritzung des Gelenkes mit einer Rivanollösung 1:1000 nach vorheriger Eukainisierung nach Prof. *Klapp*, Heißluft, nach Ablauf der Akuität Diathermie usw.) von Anfang an vorsichtige Bewegungstherapie zur Besserung der Versorgungsverhältnisse im Gelenk einzuleiten. Weiterhin erwähnt *R.*, daß er neuerdings mit guten Resultaten intrakutane Quaddeln mit Eigenblut, zirka 8 an der Zahl, in der Umgebung des Gelenkes angelegt hätte, mit dem Ergebnis, daß die subjektiven Beschwerden

Digitized by Google

der Patienten fast schlagartig nachgelassen hätten und daß auch im übrigen die Heilungserfolge recht günstige gewesen wären. Die Behandlung wurde jeden 3. Tag durchgeführt, im ganzen sechsmal.

Die Punktion eines arthritischen Ergusses möchte auch *R.*, wie Prof. *B.*, aus den von *B.* angegebenen Gründen ablehnen, da auch *R.* die Erfahrung machen konnte, daß die Prognose in bezug auf Beweglichkeit des Gelenkes bei diesen Fällen bedeutend ungünstiger war.

Prof. *B.* vertrat bei den von *R.* demonstrierten Gelenk- und Knochenaffektionen in Verbindung mit Psoriasis den Standpunkt, daß es sich hier nicht um eine reine Form von Arthritis urica in Kombination mit Erkrankungen bei Psoriasis handele, sondern höchstwahrscheinlich diese Erkrankung in engere Verbindung mit Psoriasis zu bringen sei. Beide sind in gewissem Grade neben Dispositionserkrankungen auf Dysfunktion in der Korrelation der endokrinen Drüsen zurückzuführen. Da auch damit eine Veränderung in dem Kalkstoffwechsel in Verbindung zu bringen ist, hielt Prof. *B.* die Ablagerungen an den Epikondylen für Kalk. Auch *R.* möchte sich dieser Ansicht, unter Berücksichtigung der Ergebnisse zahlreicher interferometrischer Untersuchungen, über die er später berichten wird, anschließen; jedoch seien die Studien hierüber noch nicht abgeschlossen, und die Auswertung der Röntgenbilder nach dieser Richtung hin nicht eindeutig genug.

Was die Warnung *Kleebergs* vor Überschätzung des Röntgenbildes anlangt, so hatte *R.* eingangs seines Vortrages selbst darauf hingewiesen, und besonders hervorgehoben, daß zur völligen Auswertung auch das klinische Bild nicht vernachlässigt werden dürfte.

2. Herr *Hans Haustein: Der Rückgang der Geschlechtskrankheiten in historischer und kritisch-statistischer Beleuchtung.* (Vortrag.)

Der Vortragende knüpfte an die Veröffentlichungen *v. Dürings, Delbancos, Herxheimers, Fingers* und *Gumperts* an und zeigte, daß die Auffassung *v. Dürings* als unwahrscheinlich abgelehnt werden müsse. Vor allem, weil das Überstehen einer Lues oder Gonorrhoe keine Immunität bedingt. *Herxheimers* Diskussionsbemerkung stützt sich nur auf Krankenhausmaterial, das kraft seiner Eigenart nicht als repräsentativ für die Zu- und Abnahme der Geschlechtskrankheiten in Gesamtbevölkerungen verwendet werden darf. *Fingers* regelmäßige Periodizität der Geschlechtskrankheitenkurve entspricht nicht der Wirklichkeit. Auch das von ihnen herangezogene Pariser Beispiel kann nicht im Sinne einer rein epidemiologisch begründeten Schwankung verwendet werden, da hier die Wiederzunahme der Syphilis zu einem großen Teil die Folge einer zu weit gehenden Anwendung des Wismuts und einer zu geringen Verwendung des Salvarsans ist. *Gumperts* Auffassung, daß die Veränderungen der Ulkus-molle-Kurve durch epidemilogische Faktoren zu erklären seien, wurde vom Ref. geteilt, jedoch nicht sein Standpunkt in der Frage der Gonorrhöe- und Lues-Epidemiologie. Ein Vergleich des Kurvenverlaufs bei Gonorrhöe und Syphilis mit dem bei der Diphtherie zeigte, daß gleichermaßen bei allen drei Krankheiten jahreszeitliche und säkuläre Schwankungen bestehen. Die jahreszeitliche Schwankung der Geschlechtskrankheiten ist jedoch nur insofern tellurisch bedingt, als die warme Saison Verkehrshindernisse (Hotelkosten usw.) aus dem Wege räumt. Außerdem wirken Feste erhöhend auf die Infektionsmöglichkeiten, ebenso wie Fasching, Wochenende, Sonntage die besonders günstige ökonomische Grundlagen bieten.

Digitized by Google

Der Ablauf der säkulären Kurve der Gonorrhöe und Syphilis hängt nicht wie bei der Diphtherie mit einer zeitlich verschieden durchschnittlichen persönlichen Empfänglichkeit zusammen. Ihre Epidemiologie beruht also nicht, wie die der akuten Infektionskrankheit, in hervorragenden Maße auf der Durchseuchungsimmunität, vielmehr verbreiten die nicht ausgeheilten und nicht von neuem sich infizierenden Syphilitiker während der ganzen Frühperiode ihre Krankheit, und das gleiche gilt für die unbehandelten oder nicht ausgeheilten Gonorrhoiker. Maßgeblich müssen deshalb bei den Geschlechtskrankheiten gerade die *chronischen* Fälle den Gang der Infektionskurve beeinflussen, und hierdurch schon muß sich ihre Epidemiologie gründsätzlich von der aller anderen *akuten* Infektionskrankheiten unterscheiden. Es kommt hinzu, daß die venerischen Infektionen nur durch den innigen Kontakt eines Keimträgers mit einem Gesunden zustande kommen, weshalb ein wichtiger Faktor für das Ausmaß der Infektionsziffer der Umfang ist, in dem die Menschen sich mehr oder weniger willentlich der Infektionsmöglichkeit aussetzen. Diese Bedingung unterscheidet Gonorrhöen und Lues ebenfalls prinzipiell von anderen Infektionskrankheiten, bei denen auf dem Wege der gewöhnlichen Lebensbedingungen die Ansteckungskeime aufgenommen werden.

Statistisch einwandfrei läßt sich nun am norwegischen Material erweisen, daß das Ausmaß, in dem sich die Bevölkerung der Infektionsgefahr aussetzt, wesentlich mit sozialökonomischen Bedingungen zusammenhängt. Historische Quellen zur Begründung dieser Anschauung sind schon *Parent-Duchatelet* und *Mauriac*. So wichtig sie auch erscheinen mögen, können sie, da beide Autoren nur klinisches Zahlenmaterial benützen konnten, naturgemäß kritisch-statistischen Anforderungen nicht genügen. Die Betrachtung der norwegischen Kurven für Luesmorbidität und der Gonorrhoemorbidität der Männer zeigt, daß ihre Maxima und Minima auffallend genau mit wirtschaftlichen Hochkonjunktur- und Krisenjahren übereinstimmen. Denselben Kurvenverlauf wie die Geschlechtskrankheiten weisen nun auch die Statistiken der Verbrechen und Vergehen, insbesondere die Kurve der wegen Trunkenheit Sistierten und die der Höhe des Alkoholverbrauchs auf. Diese Übereinstimmung der statistischen Beweisreihen läßt keinen Zweifel mehr zu, an dem engen Zusammenhang zwischen Wirtschaftsstand und Höhe der venerischen Morbidität. Dieser Zusammenhang besteht in dem Sinne, daß wirtschaftliche Hochkonjunkturzeiten auch Infektionshochkonjunktur mit sich bringen, und daß in Krisenjahren ein Morbiditätsminimum beobachtet wird.

Diese Übereinstimmung gilt jedenfalls bis zur Zeit vor dem Weltkriege, also für die Zeit, in der die Salvarsantherapie noch nicht die überragende Rolle innehatte wie heute; sie trifft dabei vor allen Dingen für die Gestaltung der Syphilis- wie die der Gonorrhoemorbidität zu, wenigstens dort, wo es sich um die Morbiditätsziffern einer Gesamtbevölkerung handelt. Trotz der wirtschaftlichen Erholung, die sich jetzt in Skandinavien bereits bemerkbar macht, hat die Syphilisinfektionsziffer nicht zugenommen. Die nachgewiesene statistische Regel der Abhängigkeit der Infektionsziffer von der jeweiligen ökonomischen Lage stimmt also für die Syphilis nur für die Zeit, in der nach unserer heutigen Auffassung die Lues nicht energisch genug behandelt wurde. Besonders bei einem Vergleich der Gestaltungsbedingungen der Gonorrhoe- mit denen der Syphiliskurve ist ersichtlich, daß die Theorie des Zusammenhanges zwischen Salvarsanbehandlung und dem starken Rückgang der Syphilisinfektionen nach dem Kriege mehr als nur

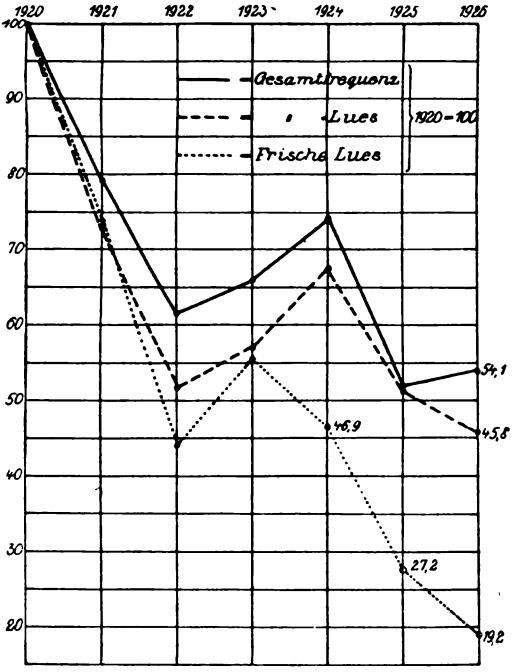
Digitized by Google

Wahrscheinlichkeitswert hat. Denn in Kopenhagen sehen wir einen bedeutend stärkeren Abfall der Syphilis- als der Gonorrhoemorbidität. In Oslo finden wir sogar eine steigende Zunahme der Erkrankungshäufigkeit an Gonorrhoe im Gegensatz zur fallenden Tendenz bei der Syphilis. In Helsingfors ist das gleiche festzustellen. In Stockholm beträgt die Abnahme der Syphilismorbidität vom Jahre 1913/14 bis 1925 (unter Vernachlässigung der Maximalziffern im Jahre 1919) 86 = 2%; die Abnahme der Gonorrhöe dagegen nur 34 = 1%. Der Faktor für den viel stärkeren Abfall der Syphilis kann nur die Salvarsantherapie sein, denn gerade in den Ländern, in denen die Luesmorbidität bisher in dauernder Abnahme begriffen ist, wird die Salvarsantherapie mit aller Energie durchgeführt, und das Ansteigen der Lueshäufigkeit in Frankreich wird ja auch von *Jeanselme* in Zusammenhang gebracht von der Zurückdrängung des Salvarsan durch das Wismut. *(Autoreferat.)*

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Nachtrag zur Sitzung vom 8. Februar 1927.

Zum Vortrag des Herrn *Mosbacher*, Bd. 50, S. 452, in der Sitzung der Berliner Dermatologischen Gesellschaft vom 8. 2. 1927 gehört eine Kurve, die nachträglich hiermit abgedruckt wird.



Digitized by Google

Kölner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 25. Februar 1927.

Dreyer: Lues II.

Neben ausgebreitetem, kleinpapulösen Exanthem und spitzen und breiten Kondylomen sind die Handflächen gerötet und infiltriert, zeigen scharfe, bogige Begrenzung mit stärker infiltriertem, schuppendem Rand.

Krayn: Lues III.

Schmierkur vor 7 Jahren. Narben in der Nasengegend und oberflächliche Gummen; lange als Lupus behandelt.

Berger: Neurofibromatosis.

Beginn im 14. Lebensjahr. Fazialisparese, die aber auf Schädelbruch zurückzuführen ist. *Zinsser* sah schon Recklinghausen mit Fazialisparese, ohne daß für die Nervenerkrankung besondere Ursache bekannt war.

Zinsser: Lichen ruber.

Typische Herde an den Beinen neben erythematodesähnlichen Bildern auf der Stirn.

Sitzung vom 27. Mai 1927.

Lebenstein: Boecksches Sarkoid.

1914 Herd am Arm, nach Massage verschwunden. Seit 4 Monaten livide, blaubraunrote Knoten an Stirn, Nase und Arm.

Berger: Livedoartige Hautzeichnung.

Blasse Flecke mit blaßblauroter Umgebung, von Geburt an. *Zinsser* denkt an Naevus-anaemicus-ähnlichen Zustand. *Sklarz* (Berlin, a. G.) bezeichnet das Bild als Pseudoleukoderma vasomotoricum.

Meirowsky: 1. Cutis hyperelastica.

Seit Kindheit große Vulnerabilität der Haut, die sich in Hämatomen und Ulzerationen, die mit Narben abheilen, äußert. Keine Blasenbildung. Atrophische Narben und überelastische Haut an Armen, Brust, Rücken und Gesicht.

2. Hautmyome.

Druckempfindliche, schinkenrote Knoten auf dem linken Vorderarm (Streckseite). Systematisiert, wie ein Nävus. *Zinsser* zeigt die Moulage des von ihm früher bereits vorgestellten und histologisch verifizierten Falls, der gegen damals beträchtlich an Ausdehnung gewonnen hat.

3. Sklerodermieähnliche Salvarsanschädigung.

42 jährige Kranke, die 9 Injektionen von Neosalvarsan 0,3—0,45 gut vertragen hat. Danach Taubheitsgefühl und Schmerz und Steifheit in den Fingern. Sklerodermieartige Veränderungen an den Händen, die nicht mehr geschlossen werden können. Verhornungen an allen Fingern. Das ganze Bild wird als Salvarsanschädigung mit As-Keratodermie aufgefaßt. *Zinsser* erinnert an As-Keratose der Schweißporen *(Fischer). Sklarz* findet das Bild der Keratosis symmetrica disseminata (As-Keratose) vorliegend.

Dreyer: 1. Gesichtskankroid mit Hauthorn.

$2\frac{1}{2} : 1 : 1\frac{1}{2}$ cm großes Cornu cutaneum. Nach Entfernung erfolglose Bestrahlung des Kankroids, deren stark verhornende Formen sich für Bestrahlung nicht zu eignen scheinen.

Digitized by Google

2. Diffuser Haarausfall.

Entstanden nach Kurzschnitt. Friseure beobachten jetzt häufig Haarausfall nach Bubikopfanlage. Stärkere Austrocknung des Haares wird beschuldigt. *Zinsser* sah Trichorhexis durch Föntrocknung. *Berger* erwähnt Häufung von Alopezia areata.

3. Pityriasis rubra pilaris.

Seit zwei Jahren leidet Patient an halbkugeligen, roten, perifollikulären Knötchen neben diffuser Rötung und Schuppung über den ganzen Körper. Histologie: Infiltrat um die Follikel, Haarbälge und Gefäße.

4. Erythrocyanosis symmetrica cutis.

Beide Unterschenkel zeigen blaßrote Verfärbung. Zusammenhang mit innerer Sekretion und Tuberkulose wird angenommen. Die Patientin hat Schnurrbart. *Berger* betont die Häufigkeit variköser Ulzera bei solchen Personen.

5. Neurodermitis hypertrophicans (Ehrmann) oder *Lichenificatio gigantea* (Brocq-Pautrier).

Neben einfacher Neurodermitis des Gesichts keloidartige Knoten auf den Oberschenkeln.

6. Granulosis rubra nasi.

Rosacea levis gleichzeitig vorhanden.

Falkenstein: Lues III.

Tuberoserpiginöses Syphilid über den ganzen Körper verstreut bei bisher unbehandeltem Luetiker.

2. Tumoren des Rückens (Karzinome).

Zwischen den Schulterblättern schmerzlose Entwicklung einer Tumorgruppe auf derber, blauroter Platte. 3 Tumoren. Einer von unverdünnter Haut, über die zahlreiche Gefäße hinziehen, überzogen. Die anderen beiden zeigen höckerige Oberfläche mit glänzender, blaßroter, von Hornperlen durchsetzter Haut. Alle Tumoren sitzen breitbasig auf, sind derb. Exzision wird erst den Charakter der Gebilde offenbaren, doch ist Karzinom wahrscheinlich.

3. Erythema induratum.

Blaurote Knoten an beiden Beinen, von denen ein Teil in kurzer Zeit ohne Therapie zurückging. *Meirowsky* nimmt trotzdem Bazin an.

4. Lichen ruber und Arsenkerotose.

Wegen eines Lichen ruber Arsendarreichung (Fowlersche Lösung). Danach Auftreten eines Lichen ruber der Fußsohlen unter dem Bild des dyshidrotischen Ekzems. Rückgang aller Erscheinungen, auch einer diffusen Keratose, nach Aussetzen des Arsens.

5. Onycholysis partialis.

Ablösung aller Fingernägel der rechten Hand (mit Ausnahme des Daumennagels) vom freien Rand her in verschiedenem Grad. Keine Nervenerkrankung. Selbstbeschädigung kann nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. *Zinsser* sah ähnliche Manikureschädigungen. *Berger* hält nervöse Veranlagung für Vorbedingung.

Zinsser: 1. Pityriasis bei Urtikariakranken.

Serpiginös angeordnete Herde von urtikariellem Charakter. Lues nicht gefunden. *Dreyer* nimmt Pityrasis lichenoides chronica an.

Digitized by Google

2. Lues II.

Exanthem über ganzen Körper gleichmäßig. Völlig frei von Papeln eine große, schmetterlingsförmige Partie des Rückens, — ein Gegensatz zu der bekannten Provokation durch Kleidungsdruck.

3. Milchidiosynkrasie.

Abneigung gegen Milch von Jugend an. 7 Tage nach Aolanquaddeln Neuauftreten von Quaddeln an den Injektionsstellen, die nach weiteren Injektionen wieder erscheinen. Allergie gegen Milcheiweiß.

Sitzung vom 24. Juni 1927.

Berger: 1. Lupus hypertrophicus nasi.

Bohnengroßer, schwammiger Tumor am rechten Nasenflügel mit Lupusknötchen am Rand. Über dem rechten Auge Exzisionsnarbe eines früheren Lupus. *Salomon* empfiehlt Thermokoagulation und Radiumnachbehandlung. *Meirowsky* berichtet, daß bei dem mit Doramadlösung unterspritzten Sarkoid auch die nicht unterspritzten Tumoren bis auf 2 verschwunden sind, macht aber auf die Gefahren von früher gemachten Thoriuminjektionen in die Blutbahn aufmerksam. *Hoffmann* berichtet über auf dem Lausanner Kongreß erfolgreich mit Thoriuminjektion behandelte Mycosis fungoides.

2. Boecksches Sarkoid.

Der Patient zeigt seit 5 Jahren ein girlandenförmig fortschreitendes Exanthem der Stirn- und Kopfhaut, bestehend aus einem nach innen roten, nach außen weißlichen Wall von derber Konsistenz und einem leicht atrophischen Zentrum, über das der Wall im Lauf der Jahre herübergewandert ist. Wa.R.: positiv. Hochgradige Schwerhörigkeit seit 15. Lebensjahr; daher kongenitale Lues möglich. Rückgang des Prozesses jedesmal auf antiluetische Behandlung. *Hoffmann* glaubt gleichfalls an Boecksches Sarkoid, will aber ein Epitheliom durch Biopsie ausgeschlossen wissen.

Dreyer: 1. Lues III.

Ulzerokrustöses Syphilid der Hüfte. *Hoffmann* bringt diese ulzeröse Form mit Tuberkulose in Beziehung.

2. Prurigo aestivalis.

Ohrschwellung mit Blasenbildung und Knötchen von weißlicher Farbe auf beiden Handrücken.

Thelen: 1. Fremdkörper in der Blase.

Es wird ein Stück Speck demonstriert, das, durch Sectio alta entfernt, zu masturbatorischem Zweck eingeführt worden war.

2. Chlorzinkverätzung der Harnröhre (Bericht).

Verwechslung des Apothekers ließ Pat. konzentrierte Chlorzinklösung spritzen. Die Folge war Strikturierung der ganzen Harnröhre mit lebensbedrohenden Gonorrhöekomplikationen. Prognose heute noch infaust.

3. Über die Ursachen chronischer Harnretentionen (Vortrag).

Es liegen mechanische Abflußhindernisse oder Erkrankungen des Zentralnervensystems vor. Bei der Tabes sind die Miktionen im Gegensatz zur Prostatahypertrophie selten. Die Infektion des Resturins führt zu Cystitis, Pyelonephritis und chronischer Urinretention. Hilfe gibt der Dauerkatheter

Digitized by Google

und die spezifische Behandlung. Strikturen und Prostatahypertrophie sind die hauptsächlichen Ursachen bei mechanischer Behinderung. Entleerung mit dünnen Strikturkathetern, eventuell durch Dauerkatheter. Selten kommt die Sectio alta mit retrograder Dilatation in Frage. Meist kommt man mit dem internen Harnröhrenschnitt aus, nach dem ein Dauerkatheter 5—7 Tage liegen muß. Bei der Prostatahypertrophie und den malignen Tumoren kommt es am häufigsten zur inkompleten Retention. Regelmäßiger Katheterismus und, bei kräftigen Patienten, die suprapubische Prostatektomie schaffen Abhilfe. Seltene Ursachen von Harnretentionen sind senile Veränderungen der Blase auf Grund lange bestehender Entzündungen.

Sitzung vom 29. Juli 1927

Berger: Sarkoid Boeck.

Vorstellung des inzwischen histologisch bestätigten Falles aus der Junisitzung. *Hoffmann* weist auf die im Gegensatz zu Erythematosus geringe Atrophie mit erhaltenen Haaren hin.

Berger: Vitiligo mit Hyperpigmentation.

Exzessive Pigmentanhäufung besonders um sonnenbestrahlte vitiliginöse Stellen. *Hoffmann* berichtet über Versuche, Eau-de-Cologne-Pigmentierung zur Vitiligobehandlung zu verwenden, die Erfolg gehabt haben sollen. *Müller* (Mainz) erwähnt einen in drei Tagen sich handbreit ausdehnenden Vitiligo.

Berger: Ostitis und Chondritis luetica.

Vor Jahresfrist war das rechte, jetzt das linke Ellenbogengelenk erkrankt. WaR. positiv. Instruktive Röntgenbilder.

Berger: Lues hereditaria tarda.

Zahlreiche Hautgummen. Periostitis der Unterschenkel.

Meirowsky: Xanthom.

Strichförmig angeordnete Xanthomgruppe am Ellenbogen.

Dreyer: Erythema induratum.

Unterschenkelherde, teilweise im Rückgang.

Dreyer: Erythema nodosum.

Neben einem chronischen Ekzem der Hände und Warzen finden sich schmerzhafte Infiltrate am geschwollenen rechten Fußgelenk. *Hesse* (Düsseldorf) glaubt mehr an beginnenden Bazin, da keine Allgemeinstörungen vorlägen.

Dreyer: Herpes zoster.

Hals und Hinterkopf befallen. *Müller* (Mainz) beobachtete in letzter Zeit bei Zoster oft Augenbeteiligung.

Dreyer: Erythema exsudativum multiforme.

Patient nimmt dauernd Abführpillen. Rezidive seit 1 Jahr.

Dreyer: Syringomyelie.

Atrophien und Empfindungslähmungen an den Unterarmen. Panaritien, Ulzerationen und Hyperkeratosen der Hände.

Laun: Mundschleimhautaffektion bei Psoriatikern.

Leukoplakische Herde. Graue Knötchen mit rotem Zentrum auf Gaumen und Wange. *Hoffmann* sah derartige Gebilde bei starken Rauchern, die den

Digitized by Google

Rauch gegen den Gaumen treiben. *Nägeli* zeigte ähnliches Bild in Lausanne bei einem Duhring. *Stern* (Düsseldorf) beobachtete ähnliche Erkrankung einmal bei starkem Raucher, ein anderes Mal bei einer Nichtraucherin. *Hoffmann* betont, daß auch andere Reize, wie scharfe Pastillen, Ursache solcher Herde sein könnten.

Falkenstein: Lichen ruber.

Herde am Bein und Penis. Schleimhaut frei.

Thelen: Fall zur Diagnose.

Bei dem an Pyelitis, Vitium cordis leidenden Kranken finden sich teigige, beetartige, braunrote Infiltrate neben ausgedehnter Pityriasis versicolor. *Hesse* hält Trichophytide für möglich. *Hoffmann* erklärt, daß erst die Biopsie die Diagnose Mycosis fungoides oder Sarkoid entscheide.

Aus der Universitätshautklinik.

Zinßer: Pityriasis rubra pilaris oder lichenoides chronica?

Perifollikuläres, dissemmiertes Exanthem. Vereinzelte hornige Plaques, die unter As-Behandlung sich vermehrt haben. *Hoffmann* stellt die Diagnose: Parapsoriasis guttata Jadassohn.

Memmesheimer (Bonn): *Zur Technik der Subokzipitalpunktion und ihre Bedeutung für die Syphilidologie.*

Demonstration der anatomischen Verhältnisse und der Technik an Lichtbildern. Kritische Besprechung der vier bis jetzt bekannten Todesfälle und der möglichen Zwischenfälle. Im Zisternenliquor sind die krankhaften Reaktionen im allgemeinen etwas schwächer als im Lumbalpunktat. Der Vorteil des Subokzipitalstichs liegt im Fehlen von Nachwirkungen und in der Möglichkeit der ambulanten Ausführung und in der bedeutend einfacheren Technik. Kinder und Arteriosklerotiker dürfen nicht subokzipital punktiert werden. Es wird vom Vortragenden ein Patient punktiert, der sofort danach sich erhebt und angibt, keine Beschwerden empfunden zu haben.

Aussprache:

Wüllenweber (Klinik Moritz) sah mehrfach Zwischenfälle und will nur dann subokzipital vorgegangen sein, wenn die Lumbalpunktion nicht möglich war. *Barnewitz* bestätigt auf Grund von 2000 Punktionen der Essener Klinik die günstigen Erhebungen der Bonner Hautklinik.

Fritz Falkenstein (Köln).

Digitized by Google

Gesellschaft für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Kiew.

Sitzung am 6. März.

Vorsitzender: *A. Tischnenko.* Schriftführer: *L. Slutzky.*

Demonstrationen aus der Zentralen Kinder-Poliklinik:

1. *E. Back-Slutzky: Leucoderma unius lateris nach Ekzema seborrhoicum* bei einem 3 Jahre 8 Monate alten Mädchen seit 9 Monaten. Die Lokalisation entspricht der Grenze der hinteren Vogtschen Linie. Innere Organe klinisch, röntgenologisch o. B., auch Sensibilität normal. Therapie: Betupfen mit spirituöser Lösung von Bergamottöl mit nachfolgender Quarzlampenbestrahlung.

2. *Granulosis rubra nasi* bei einem 11jährigen Mädchen, seit 3 Jahren. Tuberkulinreaktion stark positiv. Innere Organe klinisch und röntgenologisch o. B.

3. *Leucoderma acquisitum Sutton* bei einem 9jährigen neuropathischen Mädchen. Beginn der Affektion vor 2 Jahren nach überstandener Malaria. Innere Organe o. B. Wa.R. Mantoux negativ.

Aus der Klinik *A. Tischnenko:*

4. *A. Krojczik* zeigte die in der Sitzung am 14. 11. wegen *Pyodermitis ulcerosa serpiginosa chron.* vorgestellte Patientin, bei der nach As, Staphylokokkenvakzine, Jodoform die Affektion mit Bildung von oberflächlichen, dünnen, zarten Narben heilte.

5. *Derselbe* zeigte eine Moulage eines Falles von *Pyodermitis ulcerosa serpiginosa chronica.* Pat. 39 Jahre alt. Am Unterschenkel eine handtellergroße tiefe Ulzeration mit eitrigem unebenen Grunde, unterminierten dunkelblauen Rändern, die auf Druck Eiter entleeren. Wa.R., Pirquet negativ. Kulturell auf Agar und Bouillon-Staphylococcus aureus und Streptococcus. Auf Sabouraudschen Nährboden negativ. Blut steril. Meerschweinchenimpfung führte zur Sepsis. *R. Bordet-Gengou* mit Staphylokokken negativ. Agglutination negativ. Mikroskopisch: Akanthosis kleinzellige Infiltration in der Kutis.

Aus der Poliklinik von *A. Lurie:*

5a. *S. Posniak: Salvarsandermatitis* bei einem 2½jährigen Knaben, der zur Aufnahme wegen Lues II recidivans kam. Früher nie behandelt. Nach 20 Einreibungen von Hydr. ciner à 2,0 und fünf intravenösen Injektionen vom russischen Novosalvarsan (0,075, 0,12, weiter à 0,15) trat bei subnormaler Temperatur ein herdförmiger, lichenartiger Ausschlag auf, der sich langsam generalisierte und die Form einer *Erythrodermia exfoliativa* aufnahm. Die Temperatur stieg dann bis 40,5°, Durchfall, Ikterus, Kot aschgrau, Urin dunkelbraun. Therapie: $CaCl_2$, Bäder.

6. *A. Lurie: Casus pro diagnosi.* Vermutungsdiagnose: Erythema migrans des Lippenrandes und der Wangenschleimhaut.

7. *M. Goldenberg: Lues gummosa der Haut in Kombination* mit *Hypertrichosis* rings um die befallenen Hautpartien bei einem 16jährigen Mädchen.

8. *A. Lurie* und *M. Goldenberg: Casus pro diagnosi.* Patientin, 10 Jahre alt, erkrankte im November 1925 an Erythrodermia Wilson-Brocq. Zur Zeit an den Seitenpartien des Rumpfes auf normaler Haut hirsekorn- bis stecknadel-

Digitized by Google

kopfgroße derbe Knötchen, die in der Mitte ein Schüppchen tragen. Auf der Brust und Rücken große Hautstrecken mit weichen, lockeren Schuppen bedeckt. Keratosis des Handtellers.

9. *J. Charmatz: Dermatitis herpetiformis Duhring* bei einem 51jährigen Patienten. Seit 1919 drittes Rezidiv. Eosinophilie 10%. Leukozyten 16400. Chloridausscheidung im Urin zur Zeit der Rekonvaleszenz 0,88%. Beim Rezidivieren der Eruption Chloridretention 0,5%.

10. *Furfornik:* Ausgebreitete gummöse Ulzerationen am Unterschenkel; auswärts für Tuberkulose gehalten.

11. *Epelbaum: Leishmaniosis der Haut* bei einem 24jährigen Manne.

12. *E. Kistinkowsky* (Rakowskische Arbeiterpoliklinik): *Dermatitis atrophicans* bei einem 29 Jahre alten Manne. Im Jahre 1918 nach Äroplansturz von der Höhe von 500 m. Linksseitige Hemiplegie, die nach 6 Monaten zurückging. Gegenwärtige Hautaffektion besteht seit 1919; an den Schultern und Oberschenkeln unscharf begrenzte, rosa bis dunkelblaue Herde, die etwas über die normale Haut prominieren. Sie blassen allmählich unter Bildung von feinen Schuppen ab und gehen in Atrophie über. Kapillaroskopisch: Verbreitung des subpapillaren Netzes, Vermehrung der Kapillaren und Aneurismen an den erythematösen Herden, Schwund der Kapillaren an den atrophischen Herden.

13. *L. Slutzky* (Klinisches Institut): *Parapsoriasis en gouttes* bei einem 50jährigen Manne. Sympatikotonie. Wa.R. —, Mantoux +, Eosinophile 6%. Therapie: Höhensonne.

Aus der Eisenbahnpoliklinik:

14. *G. Bergmann: Präkanzeröse Affektion des Gliedes* bei einem 64jährigen Manne.

15. *K. Artemieff* zeigte eine 35jährige Pat. (Slavin) mit *Pemphigus der Schleimhäute*, eine Blase an der Brust und vegetierenden Papeln in den Achselhöhlen und hält den Fall für Pemphigus foliaceus.

16. *G. Bernsaft* (Dimijewskaja Poliklinik): *Naevus Keratosus unius lateris* bei einem 27jährigen Manne.

17. *M. Brodskaja: Lupus vulgaris* der unteren Extremitäten von überaus großer Ausdehnung bei einer 39jährigen Frau.

Referentin *E. Back-Slutzky.*

Sitzung am 22. März 1927.

Diskussion zur Sitzung am 6. März 1927 (s. o.).

E. Back-Slutzky: Leukoderma unius lateris nach Ekzema seborrhoicum. S. Glaubersohn hält die Bezeichnung von *Meschczersky*, „Leukoderme post éruptive", für derartige Fälle für angebracht.

A. Tischnenko bemerkt, daß *B.-Sl.* auf die Pathogenese der Affektion hinwies. *E. Kistiakowsky* bezweifelt die vorgebrachte Therapie. *Back-Slutzky* berichtet, daß nach dreimaliger Höhensonnebestrahlung eine fast vollkommene Pigmentierung eintrat.

Dieselbe: Granulosis rubra nasi. L. Slutzky weist hin auf die Seltenheit derartiger Beobachtungen bei uns. *A. Tischnenko* hält den Fall für typisch, die tuberkulöse Ätiologie für wahrscheinlich.

Digitized by Google

A. Krojczik: Zwei Fälle von Pyodermitis ulcerosa, serpiginosa chronica. Slutzky hält das genaue Studium der Pyodermien für wünschenswert und spricht die Vermutung aus, daß Pyodermien zu septischen Prozessen und Metastasen in die inneren Organe führen können.

A. Lurie hält den Fall vom diagnostischen Standpunkt aus für interessant, wegen Ähnlichkeit mit Tuberkulose der Haut. Septische Komplikationen bei derartigen Dermatosen hält er für ausgeschlossen. *A. Tischnenko* meint, septische Komplikationen und Metastasen werden nur bei akuten Pyodermien beobachtet.

S. Posniak: Salvarsandermatitis. L. Slutzky weist hin auf die Häufigkeit der Salvarsandermatitiden in der letzten Zeit und berichtet über zwei von ihm beobachtete Fälle, wobei der eine den Eindruck machte, als ob Bismut den Organismus gegen Salvarsan sensibilisierte. *A. Lurie* und *K. Artemieff* haben nie Salvarsandermatitis nach russischem Novosalvarsan gesehen. *A. Schechter* und *E. Back-Slutzky* meinen, bei kombinierten Kuren sei nicht immer leicht zu unterscheiden, ob Salvarsan, ob Hg zur Dermatitis führten. *A. Tischnenko* sieht die Ursache der Salvarsanschädigungen in der Qualität des Präparates und Überempfindlichkeit des Organismus.

A. Lurie: Casus pro diagnosi. A. Schechter, S. Glaubersohn, A. Tischnenko halten den Fall für Lupus erythematosus.

A. Lurie und *M. Goldenberg: Casus pro diagnosi. A. Schechter* hält den Fall in bezug auf das mikroskopische Bild für eine Kombination von Lichen rub. acuminatus und Psoriasis. *S. Glaubersohn* hält den erythematosequamösen Herd an der Brust für ein Desquamationsstadium des Lichen rub. acuminatus, die asbestähnlichen Herde am Halse für konfluierende Lichen-rub.-acum.-Knötchen.

E. Kistiakowsky: Dermatitis atrophicans. L. Slutzky weist hin auf die Seltenheit derartiger Beobachtungen beim Manne. *A. Tischnenko* stimmt *K.* bei, daß der Umfall das auslösende Moment für die Entstehung der Affektion sein könnte.

K. Artemieff: Pemphigus foliaceus. L. Slutzky weist hin auf das Fehlen des Nikolskyschen Phänomens; er kann der Diagnose nicht beistimmen. *A. Lurie* sah guten therapeutischen Erfolg in einem Falle von Pemphigus bei Anwendung von Chinin. sulf. intravenös. *A. Tischnenko* hält den Fall für Pemphigus vegetans. *K. Artemieff* berichtet über Eruption von schlaffen Blasen. Ref. *E. Back-Slutzky.*

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 13. Januar 1927.

Vorsitzender: *Sabouraud.*

Sézary, Lichtwitz und Frl. *M. Leblanc:* Palpebrales und aurikuläres Xanthom. Seine Beziehungen zur Hypercholesterinämie und Hyperurämie.

Die eigenartige Lokalisation am Ohrmuschelrand, der Befund von Harnsäure in dem hier gelegenen Xanthom und der erhöhte Harnsäurespiegel im Blut sprechen dafür, daß neben Traumen- auch Harnsäureablagerung für die Entstehung von Xanthomen bedeutungsvoll sein können.

Digitized by Google

Sézary, Combe und *Lichtwitz:* Sporotrichotische Abszesse und Ulzerationen an einem Bein. Gemeinsamer Befund von Sporotrichon und Staphylococcus aureus. Pathogenese.

Milian und *Périn:* „Teigne aminatacée", postaurikuläre Impetigo und „Seborrheide".

Die Vortragenden demonstrieren eine 22jährige Frau mit „Teigne amiantacée und postaurikulärer Impetigo. In beiden Affektionen finden sich kulturell Streptokokken. Ebenso in Herden auf der Brust, welche als seborrhöisches Ekzem imponierten. Sie werfen die Frage auf, ob dieser Befund bei seborrhöischem Ekzem oder „Seborrheiden" nicht öfters zu erheben sei.

Lortat-Jacob und *Legrain:* Lupus erythematodes bei einer Kongenital-Syphilitischen. Heilung durch Wismut.

Verff. werfen die Frage auf, ob die angeborene Syphilis eine begünstigende Rolle spielt.

Louste, Ducourtioux und *Lotte:* Ulcus molle des Gebärmutterhalses.

Der Schanker saß um das Orifizium herum, wie das unter den von *Schwartz* (1873) beschriebenen 23 Fällen elfmal der Fall war. Der zugehörige Bubo ist von *Schwartz* auch viermal erwähnt.

Hudelo und *Rabut:* Oleom des Gesäßes.

Der fibröse Tumor war an zwei Stellen ulzerös.

Lortat-Jacob und *Robert Sicard:* Ein Fall von akutem Lichen planus beim Kinde.

Bei einem 8½ jährigen Kinde war reichliche Knötchenaussaat innerhalb eines Monats aufgetreten.

A. Galliot: Zwei Fälle von Zoster bei Wismutbehandlung.

Ergänzung zu früheren Demonstrationen von *Sézary, Pernet, Gallerand* und *Martineau* (Nov. 1926).

A. Galliot: Wismutabszeß nach Wismutkarbonat.

Ch. Audry: Acetylarsan als spezifisches Heilmittel gegen Lichen planus. Bericht über zwölf erfolgreich behandelte Fälle.

Chatellier und *Mériel:* Hautausschläge nach Pyrethane.

Die roten Flecken bei zwei Beobachtungen erinnern an Antipyrinexanthem.

J. Montpellier: Verzögerter Primäraffekt; Inkubation vor 63 Tagen.

Nach dem Koitus war Calomelsalbe zur Anwendung gelangt, wodurch sich vielleicht die lange Inkubation erklärt.

Sitzung vom 10. Februar 1927.

Vorsitzender: *Sabouraud.*

J. Lacassagne: Leistendrüsenschwellung bei Erkrankungen des Gebärmutterhalses.

Im Anschluß an die Mitteilung von *Louste, Ducourtioux* und *Lotte* in der letzten Sitzung, zitiert *Lacassagne* ausführlich Bemerkungen von *Rollet,* wonach eine Leistendrüsenschwellung bei Ulcus molle im Gebärmutterhalse nicht gerade selten ist.

Louste, Ducourtioux und *Lotte:* Leistendrüsenschwellung und Erkrankung des Gebärmutterhalses.

Digitized by Google

Im Anschluß an ihre Demonstration in der letzten Sitzung berichten die Vortragenden, daß auch beim syphilitischen Schanker der Zervix schon von *Mauriac* und *Fournier* Leistendrüsenschwellungen neben solchen der Beckendrüsen gesehen wurden; sie führen diese Tatsache auf Lymphgefäßanastomosen zurück.

Louste, Cailliau, Ducourtioux und *Lotte:* Xeroderma pigmentosum tardum.

Eingehende, auch histologische Schilderung eines Falles. Die ersten Erscheinungen zeigten sich im Alter von 5 Jahren, der allgemeine Ausbruch erfolgte im Alter von 12 Jahren.

Louis Bory: Urticaria pigmentosa; nitritoide Krisen durch Applikation des Kryokauters.

Die Zwischenfälle traten trotz eines Behandlungsintervalles von einigen Monaten auf.

Louis Bory: Alter Pruritus an Anus und Vulva; radikale Heilung durch Aufrichten eines retrovertierten Uterus. Familiäre kongenitale Syphilis.

Interessanter Hinweis auf die Möglichkeit gynäkologischer Beziehungen zum Pruritus.

Louis Bory: Syphilis d'emblée der Drüsen. Papulöser Schanker sekundär. Resistenz bei intensiver Behandlung.

Gegen die Demonstration der seit über einen Monat bestehenden Leistendrüsenschwellung mit sekundärem papulösen Syphilid und gleichzeitig dann erst bemerktem papulösen Schanker am Glied, läßt sich der Einwand erheben, daß auch der vermeintliche Schanker lediglich eine Sekundärerscheinung darstellt.

Marcel Pinard, Jean Meyer und *Martineau:* Ein Fall von Parapsoriasis bei einem Syphilitiker.

Die erstere Erkrankung trat 4 Jahre nach dem Primäraffekt hinzu.

Gougerot und *Filliol:* Zwei Fälle von Erythema induratum Bazin; der eine sehr groß, der andere äußerst klein, beide neben papulo-nekrotischen Tuberkuliden.

Gougerot, Filliol und *Merklen:* Gleichzeitiges Auftreten eines linksseitigen Thorakal-Zosters und einer Lähmung des 7., später 3., 4. und 6. Gehirnnerven bei einem tuberkulösen Tabiker. Aufflammen einer Syphilis latens durch den Zoster.

A. Sézary und *F. Benoist:* Tuberkulöses Lymphangiom der behaarten Haut.

Knotenbildung auf der Kopfhaut. Beginn 1921. Histologisch *(Civatte):* Fibro-Lymphangiom.

G. Milian und *Lenormand:* Ulcus molle phagedaenicum der Bauchwand als Lymphogranulomatose angesehen, 27 Monate bestehend; Heilung in 14 Tagen durch Heterotherapie.

Die Diagnose wurde durch Autoinokulation gesichert. Streptobazillen wurden nur spärlich gefunden. Trotz negativer Wa.R. wurde mit Quecksilberzyanür behandelt. Nach der 10. Injektion völlige Vernarbung.

Lenormand: Tertiäre syphilitische Septikämie.

Der 59jährige Mann, der sich vor 24 Jahren mit Syphilis infizierte, zeigt multiple ulzerierte Hautgummen neben Verbreiterung der Aorta und

Digitized by Google

anfallweiser Tachykardie. Von einer tertiären Septikämie zu sprechen, erscheint *Lacapère* nicht gerechtfertigt.

P. Gastinel und *P. Müller:* Ein Fall von „Spina ventosa" syphilitica mit Röntgenbild.

Ostitis der Grundphalanx des Zeigefingers bei 30jährigem Mann seit 3 Jahren; Wa.R. positiv, kein sonstiges Zeichen erworbener oder kongenitaler Syphilis: Besserung auf Quecksilberzyanür.

Paul Ravaut und *Marcel Ferrand:* Die Behandlung der Nävokarzinome mit Koagulation durch Diathermie.

Verff. empfehlen zur Behandlung der Nävokarzinome neben der Elektrolyse die Koagulation durch Diathermie, die sie mit nadelförmiger Elektrode anwenden. Um durch Einstich kein virulentes Material in die Gefäße zu verschleppen, bevorzugen sie eine kurze Narkose. Sie glauben 22 Fälle geheilt zu haben.

Hissard: Pityriasis rosea Gibert mit Ersterscheinungen im Gesicht im Anschluß an einen Wespenstich.

L. Bizard: Statistik der Syphilisfälle der kasernierten Prostituierten von Paris in den Jahren 1917 bis 1926.

26 frischen Syphiliserkrankungen der kasernierten Prostituierten standen 4361 der übrigen (freien) Prostituierten gegenüber.

Jean Meyer und *Antoine Jardet*, Die Lösung von Kupfersulfat in Glyzerin und Alkohol; Richtigstellung der Mitteilung vom Mai 1926: alkoholische Kupfersulfatlösung in der Dermatologie.

Die antiseptische alkoholische Lösung hat die Zusammensetzung 0,1 g Kupfersulfat, 2 g Glyzerin, 18 g absoluten Alkohol. Das Kupfersulfat wird zunächst bei 30° in Glyzerin gelöst.

E. Juster, Auftreten von Vitiligo-Flecken nach einem Erythem durch ultraviolette Strahlen (künstliche Höhensonne).

Der 60jährige Patient hatte früher Malaria, Enteritis und Syphilis durchgemacht. Erörterung der Frage, welche Störungen der Haut (vasomotorischer oder toxischer Art) mitgespielt haben.

Sézary und *Vaudremer*, Granuloma annulare. Heilung durch Vakzinetherapie.

Zur Anwendung kam eine von *Vaudremer* hergestellte antituberkulöse Vakzine (6 Injektionen).

Charles Fouquet und *Jean Michaux*, Versuche mit einem neuen Hg-Bi-Präparat in der Behandlung der Syphilis.

Es handelte sich um ein Wismut-Kalomel-Präparat (Suspension von basischem Wismut-Karbonat und Kalomel in Olivenöl); in jeder Ampulle von 3 ccm Inhalt befinden sich 0,15 g Wismut und 0,03 g Kalomel. Das Präparat wurde an 18 Kranken mit Erfolg geprüft. Als Indikation wird Nervenlues angegeben.

Ch. Audry und *L. Chatellir*, Über das Verschwinden einer paradoxen Wa.R. bei nicht syphilitischen Tuberkulösen.

Im Gegensatz zur Provokation („Réactivation") der Wa.R. bei latenten Syphilitikern weisen die Autoren auf das Verschwinden („Inactivation") der schwachen und vorübergehenden Wa.R. auf intravenöse Salvarsangaben bei wassermannpositiven Tuberkulösen hin.

Digitized by Google

L. Chatellir und *R. Garipny*, Serologische Statistik der Gebäranstalt von Toulouse im Jahre 1926.

Es waren positiv 1926 12,5% gegenüber 27,2% im Jahre 1925.

L. Chatellier, Flockungsreaktion bei Schwangeren.

Während die positive Wa.R. in der Schwangerschaft verschwinden kann, bleiben die Flockungsreaktionen positiv und gestatten die Diagnose.

Gouin, Bienvenue und *Dewing*, Röntgentherapie des Sympathikus bei Dermatosen. Bericht über 150 Fälle.

I. Gruppe: Günstige Erfolge bei Lichen ruber planus, polymorphem Erythem, Parapsoriasis, diffuser Neurodermitis, Prurigo simplex, Urtikaria, Ekzem. II. Gruppe: Psoriasis: Subjektiv gebessert, objektiv unbeeinflußt. III. Gruppe: Subjektiv und objektiv unbeeinflußt: umschriebene Neurodermitis, polymorphe schmerzhafte Dermatitis. IV. Gruppe: Objektiv gebessert, subjektiv kaum beeinflußt: Zoster. V. Gruppe: Erkrankungen ohne Pruritus (Verrucae vulgares, V. planae, Xanthome, Ichthyosis, Vitiligo) unbeeinflußt. VI. Gruppe: Pruritus ohne Veränderungen: wechselnd beeinflußt. VII. Gruppe: Hauterscheinungen bei endokrinen Störungen: zum Teil Erfolge.

J. Montpellier und *P. J. Matamoros*, Pubokrurale Trichophytie durch *Trichophyton persicolor*.

Trichophytie mit entzündlichen Erscheinungen durch Trichopyton gypseum, var. persicolor.

W. Dubreuilh und *L. Magimel*, Ein Fall von präkanzeröser *Bowen*scher Dermatose mit nachfolgendem Karzinom.

20 Stück am ganzen Körper bei einem 61jährigen Manne. Beginn vor 10 Jahren.

Sitzung vom 10. März 1927.

Vorsitzender: *Sabouraud*.

Sézary, Pasteur Vallery-Radot und *Benoist, Riehl*sche Melanose, Ölakne und follikuläre Hyperkeratose bei einem Metallarbeiter (Dreher).

Verff. halten die *Riehl*sche Melanose — in Frankreich als poikilodermie réticulée pigmentaire beschrieben — ebenso wie die Ölakne für eine Folge der Öleinwirkung.

Hudelo, Rabut, Cailliau und *Mornet*, Melanose bei einem Rottenarbeiter nach Hantieren an Schwellen mit Kreosot-Imprägnierung.

Hudelo, Rabut und *Cailliau*, Ausbruch von Hidradenomen.

Erst im 18. Lebensjahre bildeten sich 18—20 Zystchen vorne am Rumpf (histologisch abnorme Sprossen abortiver Schweißdrüsen).

G. Barbier, Beginnende Paget-Erkrankung mit daruntergelegenem kanalikulärem Epitheliom.

Es wird angenommen, daß eine von der Brustdrüse ausgehende Geschwulstbildung das Primäre ist, welche die Paget-Erkrankung zur Folge hat. An der Aussprache beteiligen sich *Pautrier, Darier, Milian, Belot*.

G. Barbier, R. Gauthier und *Cailliau*, Maligne Lymphogranulomatosis des Abdomens und Beckens (abdominale Form von Hodgkin-Erkrankung).

Milian und *Lenormand*, Langdauernde ödematös-verikulöse Erythrodermie nach Wismut.

Digitized by Google

Nach starker Wismutbehandlung (75 Injektionen), ferner Hg und Salvarsan (im Laufe von 1½ Jahren), trat eine schwere universelle, zeitweise nässende Erythrodermie auf, die von Ende Oktober 1926 bis zum Tage der Sitzung (10. März 1927) andauerte.

Milian und *Lenormand*, Erythem des 9. Tages nach Veronal.

Zweimaliges Auftreten eines skarlatiniformen Exanthems nach zweimaliger Veronalgabe.

Jeanselme und *Burnier*, Ein Fall von Trichophytie auf dem Fußrücken.

Erreger: Trichophyton gypseum, var. granulosum.

Jeanselme und *Burnier*, Ein Fall von Bromoderma vegetans.

Demonstration eines 4 Monate alten Kindes (mit Abbildungen), welches seit seinem 8. Lebenstage täglich 4—5 Teelöffel eines Sirup gegen Diarrhöen bekommen hatte (pro Teelöffel: 0,5 g NaBr.).

Paul Ravaut, *Jean Célice* und *Jacques Vibert*, Riesiges Ulcus molle der Bauchwand und der Leiste seit 19 Monaten bestehend, in Heilung begriffen durch Therapie nach *Dmelcos*. Mißerfolg derselben Behandlung bei einem kleinen Reinokulationsschanker.

A. Galliot, Todesfall an hämorrhagischer Nephritis im Laufe einer Wismutbehandlung.

Die hämorrhagische Nephritis setzte 10 Tage nach der 5. Wismutinjektion ein und endete in 2 Tagen tödlich. Der Kranke hatte 6 Wochen vorher starke Grippe. *Milian* hält diese Nephritis nicht für rein toxisch.

A. Sézary und Frl. *Leblanc*, Der Schwefelgehalt des Blutes bei gewissen Dermatosen und bei Syphilis II.

Eine Gesetzmäßigkeit wurde nicht festgestellt, auch keine Beziehung zum Stickstoff und Zuckergehalt.

Cl. Simon und *J. Bralez*, Negative Serumreaktion bei einem Kranken mit papulöser Syphilis und positivem Spirochätenbefund.

Montpellier und *Colonieu*, Zoniformer Naevus mit Komedonen. Histologische Studie.

L. Danel, Urticaria pigmentosa beim Erwachsenen.

Beobachtung bei einem 51jährigen Manne. Beginn vor 11 Jahren.

Lenormand, Syphilitische Paraplegie, 9 Monate nach dem Schanker während der Behandlung entstanden.

Patient hatte 5 Salvarsan- und danach 9 Graue-Ölinjektionen in der Zeit vom 15. Mai bis 11. Oktober erhalten. Die Paraplegie zeigte sich Ende November nach 4 Salvarsaninjektionen im November.

Milian und *J. Delarure*, Ulzeröses Angiom des Gesichts.

Das Angiom, welches 8 Monate bestanden hatte, begann im 9. Lebensmonat des Kindes ulzerös zu zerfallen. Heilung unter Radium-Behandlung.

Zurhelle (Bonn).

Digitized by Google

Bericht über den XV. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft vom 4.—7. September 1927 in Bonn a. Rh.

Referent: Dr. *G. H. Klövekorn.*

Im Anschluß an die Eröffnungssitzung, über die im vorigen Heft berichtet worden ist, folgte die Besprechung des einzigen Referatthemas über *Biologie und Pathologie der Röntgenstrahlenwirkung* durch drei Referenten.

Herr *L. Grebe* (Bonn): *Die Dosimetrie in der röntgenologischen Oberflächentherapie.*

Seit der Einführung der iontometrischen Meßmethoden in die praktische Röntgentechnik, insbesondere durch *Friedrich* und *Krönig*, ist die Dosimetrie der Röntgenstrahlen auf eine exaktere Basis gestellt worden. Diese Methoden haben erlaubt, eine absolute Einheit für die Röntgenstrahlenmenge aufzustellen, die durch bestimmte physikalische Größen definiert ist, und die bei richtiger Anordnung der Meßeinrichtungen überall da, wo die notwendigen physikalischen Voraussetzungen erfüllt sind, reproduziert werden kann. Der Anschluß der älteren Dosimetrieeinheit an diese Skala ist deshalb von Wichtigkeit. Zwar zeigen diese alten Einheiten eine Abhängigkeit ihrer Empfindlichkeit gegen die R.-Einheit, aber diese Abhängigkeit beeinträchtigt in vielen Fällen ihre Brauchbarkeit innerhalb ihrer Fehlergrenzen nicht, wenn eine genügend genaue Bestimmung der Strahlenqualität nebenher geht. Für diese Qualitätsbestimmung scheint in der Oberflächentherapie die Bestimmung der Halbwertschicht im Aluminium besonders geeignet; indes ist auch im allgemeinen die Messung der Spannung mit der Kugelfunkenstrecke oder die an der Primärstrahlung gemessene Strahlenhärte mittels eines Härtemessers unter Angabe des verwendeten Filters brauchbar.

Nach Versuchen gemeinsam mit *Bickenbach* ergaben sich für die Einheit der Sabouraudtablette und der Holzknechtskala in Beziehung zur R.-Einheit folgende Werte für verschiedene Strahlenqualitäten:

175 KV. 1,0 mm Cu.	HWS. in Cu. 1,140 mm : 1 H. = 47 R.	1 Sab. = 413 R.
170 KV. 0,5 mm Cu.	HWS. in Cu. 0,760 mm : 1 H. = 40 R.	1 Sab. = 330 R.
120 KV. 3,0 mm Al.	HWS. in Cu. 0,180 mm : 1 H. = 25 R.	1 Sab. = 225 R.
120 KV. 1,0 mm Al.	HWS. in Cu. 0,092 mm : 1 H. = 30 R.	1 Sab. — 262 R.
120 KV. ungefiltert	HWS. in Cu. 0,052 mm : 1 H. = 42 R.	1 Sab. = 250 R.
100 KV. ungefiltert		

Man erkennt aus diesen Zahlen zuerst, daß die in der Literatur auftretende Beziehung eine Sab.-Einheit = 5 Holzknechteinheiten jedenfalls bei den jetzt im Handel befindlichen Radiometern nicht zu recht besteht. Aus unseren Messungen ergibt sich vielmehr im Mittel ein Verhältnis von 1:8,7. Auf unsere Veranlassung hat *Klövekorn* in der hiesigen Hautklinik mit anderen Instrumenten eine Nachprüfung dieser Beziehungen vorgenommen und 1:8,3 gefunden, was innerhalb der Fehlergrenzen mit unserem Wert übereinstimmt. Die eingehenden Untersuchungen zeigen ferner, daß die Abweichungen zwischen den Einzelmessungen ziemlich groß sein können und bis 20% vom Mittel betragen. Auch bei einer Häufung der Messungen werden Fehler bis zu 10% immer noch möglich sein, was aus den von uns gefundenen Unterschieden im Verhältnis der Sab.-Einheit zur Holzknecht-Einheit für die einzelnen Strahlungen hervorgeht, das theoretisch wegen der Gleichheit der verwendeten Prüfkörper gleich sein müßte. Wenn es sich also darum handelt, Dosierungen auszuführen, bei denen an die Grenze der noch erträglichen biologischen Wirkung herangegangen werden soll, so scheinen uns die Messungen

Digitized by Google

mit der Sab.-Tablette nicht hinreichende Sicherungen gegen Schädigungen zu geben. Dagegen wird die Dosierung mit der Sab.-Tablette immer dann ausreichend sein, wenn man weit unter der Toleranzdosis bleibt.

Herr *Hans Meyer* (Bremen): *Die Grundprobleme der Strahlenwirkung.*

Wie eine Physiologie ohne physiologische Chemie nicht denkbar ist, so ist auch eine erfolgreiche Behandlung der Probleme der Strahlenbiologie ohne Strahlenphysik undurchführbar. Interessant sind die Fortschritte, welche die Atomtheorie auf dem Gebiet der Photochemie gemacht hat, geeignet, uns zu klareren Vorstellungen über die Grundprobleme zu führen. Denn die Wirkung der Strahlen auf Lebewesen hat insofern ein charakteristisches Gepräge, als es sich um Vorgänge handelt, die sich im Bereich der kleinsten Bausteine, der Materie, der Elektronen, Atome und Moleküle abspielen. Diese Vorgänge werden in ihren Grundzügen, namentlich unter Berücksichtigung der *Plank*schen Quantentheorie, dargelegt und die Wirkung der Wärme-, Licht-, Ultraviolett- und Röntgenstrahlen unter diesem Gesichtspunkt abgehandelt. Von besonderem Interesse ist daher die durch das Licht erzielte *exophylaktische Funktion der Haut* im Sinne der Bildung des rachitisprotektiven Vitamins.

Bei den Röntgenstrahlen führt die Analyse des Primärvorganges zu dem Problem, das auch in der Dermatologie viel diskutiert ist, nämlich ob Licht- und weiche Röntgenstrahlen qualitativ verschiedene Medikamente sind. Es wird nachgewiesen, daß die Unterschiede in der Wirkung bei Anwendung verschiedener Strahlengemische durch die verschiedene Art der örtlichen Verteilung der strahlenden Energie in der Haut erreicht werden kann.

Am Anfang der unter der Strahlenwirkung ausgebildeten photochemischen Vorgänge steht die Veränderung der Eiweißkörper im Sinne einer Denaturierung. In der Zelle bilden sich unter dem Bombardement der Elektronen eine große Zahl feinster Koagulationsherde aus, in denen unter dem Einfluß der „Totengräberarbeit" der autolytischen Fermente das Eiweißmolekül aufgespalten wird; es entstehen höher- und niedermolekuläre Spaltprodukte, die dem Säftestrom beigemischt werden und nicht nur auf die Umgebung der Zellen, sondern auch auf fernliegende Organe und den Gesamtorganismus einzuwirken vermögen. Es spielen sich also zwei grundlegende Vorgänge ab: 1. eine direkte Beeinträchtigung der getroffenen Zellen durch die feinsten Zentren der Eiweißkoagulationen, und 2. die indirekte Wirkung durch die in diesen Zentren aus diffundierten Abbauprodukte der Eiweißmoleküle, die nun je nach Art und Umfang des Abbaus vielseitige Wirkungen in den Geweben und in dem Körper auszuüben vermögen. Man hat sie Zerfallshormone oder Nekrohormone genannt. Die Gesetze der direkten und indirekten Wirkung werden des Näheren dargelegt und dabei besonders der Begriff der Radiosensibilität und der Röntgenlatenz eingehend besprochen und die Analogie der indirekten Strahlenwirkung mit der Proteinkörpertheorie aufgezeigt.

Zum Schluß postuliert Referent als Grundgesetz des *praktischen* Handelns in der Röntgentherapie der Hautkrankheiten: Wie eines der tiefsten Gesetze der Natur darin besteht, daß sie immer mit dem geringsten Aufwand an Energie ihre Zwecke erfüllt, so sollte dieses Gesetz der kleinsten Wirkung in der Röntgentherapie zum Grundgesetz erhoben werden. Niemals darf in der Röntgentherapie eine Dosis appliziert werden, die größer ist, als die für den betr. Zweck nötige Minimaldose; niemals darf eine Dosis auch nur ein einziges Mal mehr appliziert werden, als nötig ist, um den Zweck zu erreichen. Die meisten Schädigungen in der Dermatologie kommen nicht durch Fehler

Digitized by Google

in der Methodik vor (diese ist hinreichend gut ausgearbeitet, so daß davon eine Gefahr nicht abgeleitet werden kann), sondern weil bei der Ordination des Medikamentes „Röntgenstrahlen" das Gesetz der kleinsten Wirkung nicht beachtet wurde.

Herr *Miescher* (Zürich): *Röntgenbiologie der gesunden und kranken Haut.*

Der Referent entwirft einleitend ein Bild des klinischen Verlaufes der Röntgenhautreaktion, aus welchem hervorgeht, daß die Röntgenreaktion ein wellenförmiges Phänomen ist mit 2—4 Rötungswellen, welche in einem Zeitgebiet von 5—10 Wochen ablaufen. Die Wellen sind nicht nur makroskopisch, sondern in neuester Zeit auch kapillarmikroskopisch festgestellt worden. Histologisch bilden das am meisten hervortretende Merkmal Störungen der Kernteilungsvorgänge in der Epidermis, welche auf dem Höhepunkt der Reaktion ihr Maximum erreichen. In diesem Zeitpunkt erfolgt Regeneration, die von strahlenresistenten Ruhezellen ihren Ausgang nimmt. Während der Reaktionsvorgang in der Epidermis damit zum Abschluß gelangt, sieht man in der Kutis zytologische Alterationen von demselben Charakter wie in der Epidermis in der Folge auftreten, als Beweis dafür, daß auch das Teilungsvermögen der Fibroblasten und Endothelzellen unter der Bestrahlung gelitten hat. Die dadurch bedingte Minderwertigkeit führt nicht nur klinisch zu zahlreichen Symptomen der Spätatrophie, sondern kann auch katastrophal hervortreten, wenn durch äußere Traumen, Infektionen, die proliferatorische Leistungsfähigkeit des Bindegewebes in Anspruch genommen wird. Auf diese Weise entsteht das Röntgenulkus. Das oft jahrelange Latentbleiben der bindegewebigen Schädigung führt zur Vorstellung der Kumulation. Die Kumulationsgröße steht im ungekehrten Verhältnis zur Teilungsaktivität der Zellen. Epidermiszellen kumulieren darum wenig, Bindegewebs- und Gefäßzellen dagegen stark.

Der Referent bespricht die Frage der Sensibilisierung und Desensibilisierung, welche in erster Linie davon abhängt, ob es gelingt, die Teilungsaktivität einer Zelle und damit ihre, die Strahlensensibilität bedingende Phase zu beeinflussen. Die bisherigen Beobachtungen sind noch nicht eindeutig.

Unter den Wirkungsmöglichkeiten der Röntgenstrahlen bei kranker Haut stellt sich zuerst die Frage einer direkten Reizwirkung. Der Referent lehnt diese Möglichkeit als unwahrscheinlich ab. Wo Reizwirkungen resultieren, kann es sich um indirekte Reaktionsfolgen handeln. Wenn man sich mit *Holzknecht* auf den Standpunkt stellt, daß jeder Strahleneffekt ein primär bionegatives Ereignis darstellt, dann sind dort besonders Wirkungen zu erwarten, wo in den pathologischen Vorgängen strahlensensible Zellen eine Rolle spielen. Dies erklärt ohne weiteres die Wirkung der Röntgenstrahlen bei malignen Tumoren und Granulomen. Weniger klar ist der Wirkungsmechanismus bei Entzündungen. Hier werden neben direkten Wirkungen der Röntgenstrahlen auf Leukozyten und Lymphozyten, die Rolle der vom Bestrahlungsort ausgehenden Allgemeinwirkungen, sowie an Ort und Stelle selber unter der Bestrahlung auftretende Veränderungen (H-Ionenverschiebung) in ihrer Bedeutung für den Strahleneffekt besprochen. Unter den Begriff des Früheffektes fallende Sofortwirkungen muß man besonders bei den akuten Eitererkrankungen (Plegmonen, Abszesse usw.) annehmen, während beim Ekzem eine langsam evolutiv sich äußernde Strahlenwirkung auf das erkrankte

Digitized by Google

Zellmaterial der Epidermis (elektive Schädigung und Ausschaltung der am stärksten erkrankten Zellen sowie Ersatz durch strahlenresistenteres, gesundes Material) wahrscheinlich ist. Am Schluß betont der Referent, daß eine genaue, systematische Erforschung der Wirkungsvorgänge an experimentell leicht reproduzierbaren Beispielen ein dringliches Postulat ist.

An diese Referate schlossen sich eine Reihe von zu diesem Thema in Beziehungenen stehenden Vorträgen an.

Herr *Gans* (Heidelberg): *Über die biologische Wirkung und die Angriffspunkte der Röntgenstrahlen.*

Der erste Angriffspunkt der Röntgenstrahlen in der menschlichen Haut ist in den Basalzellen der Epidermis bzw. den Endothelien zu suchen. Zeitliche Unterschiede bezüglich des früheren Auftretens in den ein oder anderen Zellen konnten mit den bisherigen Methoden nicht festgestellt werden. Es liegt bei dieser Wirkungsweise der Röntgenstrahlen zunächst also eine Beeinflussung der Zellfunktion vor, als deren erste Äußerung man die alsbald, d. h. unmittelbar auftretende N_H-Verschiebung nach der sauren Seite, d. h. im Sinne der Stoffwechselbeschleunigung ansehen darf. Erst im späteren Stadium kommt es im Ausgleich der durch die Röntgenstrahlen ausgelösten Gewebsschädigung zur Stoffwechselverlangsamung, und somit der Verschiebung zum alkalischen. Die Untersuchungen haben sich bisher, da es sich um Untersuchungen an Menschen handelte, auf Röntgenstrahlenmengen und Qualitäten bezogen, deren Einwirkungen auf die Haut ohne dauernde Veränderungen verliefen; bei anderen Dosen sind auch vielleicht andere Ergebnisse zu erwarten. Festgestellt wird mit dieser Methodik allerdings auch nur eine Funktionsänderung. Wenn diese auch frühzeitig wahrnehmbar ist, so ist damit doch nichts ausgesagt über den Vorgang, der nun in der Zelle selbst zu der N_H-Verschiebung führt.

Herren *Keller* und *Rein* (Freiburg i. B.): *Polarisationsmessungen an der Haut nach Röntgen- und Ultraviolettlichtbestrahlungen.*

Nach Schaffung einer Methode, die vergleichende quantitative Untersuchungen über die Gleichstrompolarisation, über den Wechselstromwiderstand und die Ruheströme der Haut gestattet, wurden Versuche unternommen, dies bisher für rein physiologische Zwecke benutzte Verfahren auf klinische Fragen anzuwenden, zunächst auf Hautreaktionen nach ultraviolettem Licht und nach Röntgenbestrahlungen.

Herr *V. Wucherpfennig* (Münster): *Die Dosierung mit der Sabouraud-Tablette unter dem Gesichtspunkt der Aluminium-Halbwertschicht.*

Um mit der stark wellenlängenabhängigen Sabouraud-Tablette in der Röntgenoberflächentherapie richtig dosieren zu können, muß die Qualität der Röntgenstrahlen berücksichtigt werden, so wie das bei der biologischen Eichung durch *Ritter, Rost* und *Krüger* geschah. Die Qualität der Strahlen wird nämlich beeinflußt durch die Höhe der Spannung, die Spannungskurve, den „Durchgriff" der Röntgenröhre und die Dicke der Glaswand der Röhre. Bei Untersuchungen aller dieser Fehlerquellen zeigte sich, daß die Glaswand in so weiten Grenzen schwankt, daß ihre Filterwirkung der von ½ mm Al. gleichkommen kann. Um nicht nur diese Fehlerquelle, sondern alle oben genannten Momente ausschalten zu können, wird vorgeschlagen, als Qualitätsangaben die Al.-Halbwertschicht zu messen.

(Die ausführliche Veröffentlichung erscheint in der Strahlentherapie.)

Digitized by Google

Herr *P. S. Meyer* (Mannheim): *Änderung der Hautempfindlichkeit gegenüber Kantharidenpflaster nach Röntgenbestrahlung.*

Haut, die mit künstlicher Höhensonne vorbehandelt wurde, ist weniger empfindlich gegen die Reizwirkung von Terpentin und Kanthariden als nicht bestrahlte Haut. Die entsprechenden Versuche mit Röntgenstrahlen ergaben, daß die Haut nach Bestrahlung mit Teildosen stärker auf Kanthariden reagiert als normale Haut, bei Volldosen war die Entzündung weit geringer als an der Kontrolle. Durch die Reizpflasterprüfung ist vielleicht eine Möglichkeit gegeben, die Wirkung der verschiedenen Strahlenqualitäten auf die Reaktionsfähigkeit der Haut zu untersuchen.

Herr *Sigmund Schoenhof* (Prag): *Über indirekte Röntgenbestrahlungen bei Hautkrankheiten.*

Im Gegensatz zu der bisher fast ausschließlich erstrebten Beeinflussung verschiedener Dermatosen durch direkte Einwirkung der Röntgenstrahlen bezweckt diese Methode, durch Röntgenbestrahlung bestimmter innerer Organe Wirkungen auf den Ablauf von Erkrankungen der äußeren Decke herbeizuführen. Sie knüpft dabei an vielfache Beobachtungen an, die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf die Abhängigkeit einzelner Hautkrankheiten von Erkrankungen und Funktionsstörungen innerer Organe hinweisen. Entsprechend diesen sind für die Bestrahlung verschiedene Angriffspunkte gewählt worden. So konnten durch Röntgenbestrahlungen von innersekretorischen Organen, vor allem der Ovarien, durch Bestrahlung der Lymphknoten bei Lupus erythematodes, und durch Bestrahlung verschiedener Abschnitte der Wirbelsäule (Rückenmark) bei einer Reihe von Hautkrankheiten therapeutische Erfolge erzielt werden, die zum Teil in völligem Schwinden, zum Teil in einer wesentlichen Beeinflussung der Hauterscheinungen zum Ausdrucke kamen.

Neben dem therapeutischen Werte sind diese Versuche vielleicht auch geeignet, manche ätiologische Beziehungen aufzudecken.

Herr *H. Th. Schreus* (Düsseldorf): *Bieten die Grenzstrahlen Vorteile gegenüber der üblichen Röntgenoberflächentherapie?*

Die von *Bucky* neuerdings wieder in Vorschlag gebrachte Behandlung mit überweichen Röntgenstrahlen — Grenzenstrahlentherapie — stellt ein Mittelding zwischen Ultraviolettbestrahlung und üblicher Röntgentherapie dar. Die Therapie wird ausgeführt mit einer besonders konstruierten Röntgenröhre (Lindemannfenster) und Spezialtransformator. Messung und Dosierung sowie biologische Wirkung unterscheiden sich merklich von dem bei Röntgenstrahlen Gewohnten. Der Vergleich zwischen Röntgenstrahlenwirkung und Grenzstrahlen ergab in fast allen Fällen eine Überlegenheit ungefilterter oder schwachgefilterter Röntgenstrahlen. Die Gefahrlosigkeit der Grenzstrahlen, besonders bezüglich chronischer Schädigungen, ist bisher nicht erwiesen. Als besonders unangenehme Nebenwirkung zeigt sich fast stets eine starke und langdauernde Pigmentierung. Nach den bisherigen Erfahrungen ähnelt die Grenzstrahlenwirkung am meisten den α-Strahleneffekten des Thorium X.

Herren *L. Arzt* und *H. Fuß* (Wien): *Über die Bekämpfung der Hautkrankheiten mit Buckys Grenzstrahlen.*

Beschreibung des zur Anwendung gelangten Instrumentariums; Erprobung der mit dieser Hilfe erzielten Bucky-Bestrahlung: a) auf normaler Haut, b) an einer größeren Reihe von Dermatosen. Erörterung der an der

Digitized by Google

Klinik *Arzt* damit erzielten Hautreaktionen und therapeutischen Effekte. Therapeutische Resultate wurden vor allem für bestimmte Formen der Hauttuberkulose, des Ekzems, der Psoriasis sowie vereinzelte Karzinomformen erzielt. Schädigungen wurden nach einer Beobachtung von ½ Jahr nicht beobachtet.

Herr *H. Kirsch* (Jena): *Technik und klinische Erfahrungen mit den Buckyschen Grenzstrahlen an der Jenaer Hautklinik.*

Lupus vulgaris reagiert sehr gut auf Grenzstrahlen. Dasselbe gilt auch für Pigment- und Gefäßnävi. Mit Erfolg wurden ferner die Grenzstrahlen bei zerfallenden Kankroiden und hyperkeratotischen Prozessen angewandt.

Herren *Ruete* und *Freudenberg* (Marburg): *Grenzstrahlen und Rachitis.*

Experimentelle Untersuchungen an Ratten ergaben, daß weiche und überweiche Röntgenstrahlen eine bestehende Rachitis nur wenig beeinflußten. Im Prophylaxeversuch fanden sie eine günstige Beeinflussung, sowohl bei direkter als auch bei indirekter Bestrahlung, woraus sie schließen, daß die Rachitis beim Menschen durch diese Art Strahlung zu beeinflussen ist, jedoch sind die anzuwendenden Dosen so groß, daß noch nicht abzusehen ist, ob diese Therapie ohne Gefahr für den Menschen angewendet werden kann. Merkwürdig ist, daß die härtere Bestrahlung bessere Resultate ergibt als die weichere, so daß neben dem, bei den ultravioletten Strahlen gelegenen Strahlenoptimum noch an weitere Strahlenoptima zu denken ist.

Herr *Krantz* (Köln): *Der Heilungsvorgang bei der Röntgenbehandlung der Mikrosporie.*

Zweifel an der Richtigkeit der allgemein angenommenen Anschauung über den Heilungsvorgang bei der Mikrosporie (Entfernung der Hauptmenge der Erreger auf mechanischem Wege, Beseitigung des Restes durch desinfizierende Nachbehandlung) gaben Veranlassung zu histologischen Untersuchungen. Der Vergleich zwischen Schnitten aus unbestrahlten Mikrosporieherden, aus Herden nach der Röntgenbehandlung und aus der röntgenbehandelten Kopfhaut ergibt, daß es im Gefolge der Röntgenbestrahlung zu lange dauernden entzündlichen Reaktionen an den erkrankten Follikeln kommt.

Herr *E. Uhlmann* (Frankfurt a. M.): *Über die sogenannten Grenzstrahlen.*

Die Schwierigkeiten bei der Verwendung der Grenzstrahlen liegen in der bisher ungenügenden Dosierungsmöglichkeit. Versuche, die Erythemzeiten mit Hilfe der Sabouraud-Tablette zu messen, ergaben keine genauen Zeiten. Ausgedehnte Tierversuche am Kaninchen zeigten, daß die Grenzstrahlen durchaus nicht ungefährlich sind. Bericht über 40 Patienten mit insgesamt über 100 Einzelbestrahlungen.

Herr *Scholtz* (Königsberg): *Zur biologischen Wirkung der Röntgen- und Grenzstrahlen.*

Die therapeutische Wirkung der Röntgenstrahlen beruht wesentlich auf der Wirkung auf das Chromatingerüst der Kerne, die unmittelbar nach der Bestrahlung einsetzt und an den Wurzelspitzen von Bohnenkeimlingen besonders gut studiert werden kann. Die Schädigungen der Röntgenstrahlen beruhen wesentlich auf Schädigung der Zellen des Bindegewebes und der Blutgefäße, wie sie bereits vor 25 Jahren von *Scholtz* nachgewiesen werden konnte. Die Schädigung der Bindegewebszellen dürfte bei Bucky-Bstrahlungen wegen ihres geringen Penetrationsvermögens kaum zustande kommen und daher die Bucky-Bestrahlung tatsächlich wenig gefährlich sein.

Digitized by Google

Herr *Schreus* (Düsseldorf): *Über Qualitätsmessungen der Röntgenstrahlen.*

An einer Reihe von Diapositionen wird gezeigt, daß die Kugelfunkenstrecke von *Müller* bei Induktormessungen die Verwendung eines Wasserwiderstandes erfordert, der in die Anoden- oder Kathodenleitung eingeschaltet werden kann. Ohne Widerstand werden zu hohe, mit zwei Widerständen zu niedrige Werte gemessen, wie die spektroskopische Kontrolle ergab. Der Vortr. bespricht eingehend die Fehlerquellen bei Kugelfunkenstreckenmessung. — Die Messung der H.W.S. in Al. gibt bei ungefilterten Strahlen nur sehr langsames Anwachsen bei Steigerung der Spannung. Dagegen ändert sich die H.W.S. sehr schnell bei steigender Filterung und ist dann ein brauchbares Maß für die Strahlenhärte. Die Eichung der Sabouraud-Tablette in R.-Einheiten führte zu den gleichen Resultaten wie die von *Grebe* mitgeteilten. Die in der Dermatologie gebräuchlichen Äquivalente zeigen ein Ansteigen der R.-Zahlen für das Hauterythem bei steigender Strahlenhärte, wenn mit Sab.-Tabl. dosiert wird.

Herr *Ritter* (Hamburg): *Zum Referatthema.*

Zu jeder Dosenangabe muß die H.W.S. hinzugefügt werden; diese Forderung ist vor allem für die Sabouraud-Dosierung notwendig, da die Tablette stark wellenlängenabhängig ist. Die von *Hans Meyer* und seinen Mitarbeitern ausgearbeitete Dosierungsmethode ist besonders bezüglich der Quantitätsmessung logisch und einfach und gewährleistet völlige Sicherheit im Betrieb. Nach den Arbeiten von *Wels* beträgt die Fehlerquelle der Sab.-Tabl. nur 10%, die sich in der Praxis nie unangenehm bemerkbar gemacht haben.

Herren *F. Blumenthal* und *Böhmer* (Berlin): *Versuche zur biologischen Wirkung der Röntgenstrahlen.*

Zu den Mitteilungen von *Schoendorf* wird bemerkt, daß Vortragende sowohl bei Lichen ruber als auch bei Psoriasis indirekte Röntgenbestrahlung verwandt haben, und zwar hielten sie sich bei Lichen ruber an die von *Pautrier* angegebene Technik der Sympathikusbestrahlung. Die Thymusbestrahlung bei Psoriasis wurde entsprechend den *Brock*schen Angaben ausgeführt. Von den bestrahlten Lichen-ruber-Fällen zeigte einer Rückgang aller Erscheinungen, auch der an der Mundschleimhaut, die lange Zeit unverändert bestanden hatten. Ebenso wurde hin und wieder Rückgang der Psoriasis bei Thymusbestrahlung gesehen, die vorher lange Zeit erfolglos behandelt worden waren. Wenn auch manchmal ein Einfluß der indirekten Bestrahlung vorhanden ist, so darf man nicht etwa aus dem Erfolg einer „Reiz- oder Lähmungsbestrahlung" einer Drüse weitgehende Schlüsse hinsichtlich der Ätiologie der Erkrankung ziehen. Viel wahrscheinlicher ist, daß Einflüsse im Sinne einer unspezifischen Reiztherapie vorliegen. Was die interessanten Versuche *Schoenhofs* über Drüsenbestrahlung bei Lupus erythemathodes betrifft, so glauben sie, daß es sich hier um Wirkungen handelt, die in Parallele zu setzen sind mit dem Auftreten von Tuberkuliden nach Bestrahlung von tuberkulösen Drüsen und von Trichophytiden nach Bestrahlung von tiefen Trichophytien.

Herr *O. David* (Frankfurt a. M.): *Röntgenwirkungen auf Gefäße.*

Die Röntgentherapie hat dringend ein biologisches Maß nötig; das beste biologische Maß ist noch immer die Menschenhaut. Ebenso wie im histologischen Bild die Endothelien der Kapillaren frühzeitig sich verändern, so ist das Kapillarbild der lebenden Haut der beste Anhaltspunkt für die Therapie. Die individuelle Schwankung ist gering, die Reaktion der Bestrahlung in

Digitized by Google

bezug auf Quantität und Qualität proportional. Der Dermatologe soll deshalb vor und bei der Röntgentherapie und zur Verhütung von Spätschädigung das Kapillarmikroskop eifrig benützen.

In der nun folgenden *Aussprache* weist Herr *Bettmann* (Heidelberg) darauf hin, daß bei Verwertung der kapillarmikroskopischen Befunde größte Zurückhaltung geboten ist. Zur notwendigen Objektivierung empfliehlt er mikrophotographische Aufnahmen im Dermatoskop. Demonstration derartiger Bilder von Reaktionen nach Bucky-Bestrahlungen und nach Tannierung.

Frl. *Olga Manheimer* (Hamburg): *Technik der Grenzbestrahlung.*

Die Erfahrungen der Vortragenden mit den Grenzstrahlen ergaben, daß die Erythemerscheinungen bei Grenzstrahlen grundlegend abweichen von denen bei Röntgenstrahlen, und daß die H.E.D., die für Röntgenstrahlen das gebräuchliche und durchaus geeignete Dosierungsmaß darstellt, für die Grenzstrahlen nicht geeignet ist. Während bei den Röntgenstrahlen das Erythem nach einer verhältnismäßig kleinen Vergrößerung der Dosis in das Ulkus übergeht, kann man bei Grenzstrahlen die Dosis verdoppeln, ja verzehnfachen und erhält immer wieder die gleiche biologische Erscheinung, das Erythem bzw. eine Anzahl von Erythemen, die sich nur nach Intensität und Latenzzeit unterscheiden. Aus diesen Gründen erscheint zur Zeit das geeignete Dosierungsmaß für Grenzstrahlen die R.-Einheit, an deren Bestimmung augenblicklich gearbeitet wird.

In der *Aussprache* weist *Rottmann* (Göttingen) an Hand von eingehenden histologischen Untersuchungen darauf hin, daß die Frage nach der Unschädlichkeit der Grenzstrahlen noch durchaus offen steht, und daß erst Spätbeobachtungen, vielleicht erst in einigen Jahren, Schädigungen bestrahlter Hautpartien erkennen lassen, für welche Gefäßschädigungen genau wie bei normalen Röntgenstrahlen den Anlaß geben könnten. Herr *Wucherpfennig* (Münster i. W.) zeigt, daß bei Ionisationsmessungen an Grenzstrahlen das Eichstandgerät nach *Küster* sich als wellenlängenabhängig erwiesen hat, jedoch bedarf es zur einwandfreien Messung einer besonderen Kammer mit dünnsten Wänden, etwa aus graphitiertem Seidenpapier. Herr *Scholtz* (Königsberg) steht der Behandlung mit Grenzstrahlen nicht ablehnend gegenüber. Seine klinischen Beobachtungen haben eine recht bedeutsame therapeutische Wirkung der Grenzstrahlen im Bereiche von 6—9 K.V. ergeben. Er glaubt jedoch annehmen zu müssen, daß der Wirkungsmechanismus bei Röntgen- und Grenzstrahlen derselbe ist, und sich beide nur durch den verschiedenen Grad, in dem sie vom Gewebe absorbiert werden, unterscheiden. Herr *Hauser* bestätigt die Ausführungen von Frl. *Manheimer*. Herr *Werther* (Dresden) hat bei Überdosierung mit der Bucky-Röhre Epilation, leichte Atrophie und Erythem mit langanhaltender Hyperästhesie gesehen. Bei 9 K.V. (Spannungsoptimum) 10 M.A., 10 cm F. H.-Distanz wird Pruritus gut beeinflußt und Keratosis sen. heilte. Kankroidheilung wurde nicht beobachtet. Für Ekzem und Psoriasis ist die Anwendung wegen des kleinen Bestrahlungsfeldes unpraktisch. Herr *Franke* (Hamburg) weist auf das Fehlen einer einwandfreien Meßmethode für Grenzstrahlen hin, da der dehnbare Begriff des Erythems nicht genüge. Außerdem bedarf die Apparatur noch eines weiteren Ausbaues. *Bucky* selbst betont, daß es heute noch nicht möglich ist, ein abschließendes Urteil über die Grenzstrahlen zu fällen. Er weist darauf hin, daß die ihm vorgeworfenen unexakten Dosenangaben darauf beruhen, daß er anfänglich als biologisches Maß das Erythem benutzt habe, fußend auf

Digitized by Google

den Erfahrungen in der Röntgentherapie. Er bezweifelt besonders die Angaben von *Martenstein* in der Strahlentherapie. Bisher wurden von ihnen mehr als 300 Fälle von Dermatosen mit Grenzstrahlen behandelt, und er bittet bei zukünftigen Versuchen solche Fälle heranzuziehen, die sich mehr oder weniger röntgenrefraktär erwiesen haben. Er warnt vor Allgemeinbestrahlungen bei Basedow und Hodgkin. *Jadassohn* (Breslau) weist die Angriffe *Buckys* gegen *Martenstein*, der verhindert war, an dem Kongreß teilzunehmen, zurück. *Bucky* erwidert, daß ihm ein unsachlicher Angriff ferngelegen habe.

Herr *S. Lomholt* (Kopenhagen): *Eine neue Lampenkonstruktion für lokale Finsenbehandlung.*

Das Wasserfilter der Original-Finsen-Lampe ist von 31 cm auf 90 cm verlängert worden. Hierdurch wird die Wärme des Lichtkegels um 25% verringert, und die Lichtstärke kann infolgedessen entsprechend vergrößert werden. An Stelle der bisherigen Linsen aus kristallinischem Quarz wurden solche aus geschmolzenem Quarz verwendet, die weit thermoresistenter sind. Die angegebene Konstruktion ergibt eine Verstärkung der chemischen Strahlen bis etwa auf das Doppelte.

Herren *F. Blumenthal* und *Böhmer* (Berlin): *Zur Dosierung der Ultraviolettstrahlen.*

Bericht über die Dosierung der ultravioletten Strahlen mit dem *Kellerschen* Dosimeter. Innerlich angewendete Arzneimittel, wie Arsen, Quecksilber und Jod können sensibilisierend wirken. Günstig auf Ultraviolettstrahlen reagieren chronisch rezidivierende Erysipele.

Am zweiten Verhandlungstage (6. 9.) folgten Vorträge über das Gebiet der Geschlechtskrankheiten, vor allem Syphilis.

Herr *Prigge* (Frankfurt a. M.): *Über die Bewertung der Lymphdrüsenverimpfung für die Beurteilung der Therapia sterilisans bei experimenteller Syphilis.*

Die für die Prüfung antisyphilitischer Mittel bedeutsame Frage, ob ein syphilitisch infiziertes Tier durch chemotherapeutische Maßnahmen sterilisiert, d. h. vollständig ausgeheilt worden ist, kann bisweilen durch Verimpfung von Organen, insbesondere von Lymphdrüsen auf normale Tiere entschieden werden. Wenn in den zur Verimpfung verwandten Organen lebende Syphiliserreger enthalten sind, so erkranken die mit den Lymphdrüsen geimpften Tiere an Syphilis. Jedoch gibt diese Methode nur unzuverlässige Resultate, da häufig lange Zeit nach der Behandlung keine Syphilisspirochäten in den untersuchten Lymphdrüsen vorkommen, obwohl die Behandlung nicht zur vollständigen Heilung geführt hat. Dagegen besitzen wir in dem biologischen Verhalten der behandelten Tiere gegenüber einer Neuinfektion ein sicheres Kennzeichen dafür, ob die Heilung der ersten Infektion gelungen ist oder nicht.

Herr *H. Boas* (Kopenhagen) gemeinsam mit *Portmann* und *Jersild*: *Existiert die Gennerich-Miliansche Reaktivierung der Wassermannschen Reaktion?*

Boas hat zwei große Parallelreihen von behandelten Syphilitikern mit der Wassermannschen Reaktion untersucht. Die eine Reihe wurde nicht behandelt, in der anderen wurde eine provokatorische Salvarsan-Einspritzung

Digitized by Google

gegeben. Es stellte sich heraus, daß ganz analoge Schwankungen in beiden Reihen vorkamen.

(Erscheint ausführlich in den Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.)

Herr *Kolle* (Frankfurt a. M.): *Experimentelles zur Frage der Syphilis-Immunität.*

Wird die Behandlung der Syphilis in der Frühperiode, also innerhalb der ersten Wochen nach der Ansteckung eingeleitet, so ist nach den bisher gemachten experimentellen Feststellungen und dem Erfahrungen der Kliniker die Sterilisation des infizierten Körpers, d. h. die volle Heilung der Krankheit bei einem hohen Prozentsatz der behandelten Fälle möglich. Es wurde neuerdings die Frage aufgeworfen, ob der syphilitisch infizierte Organismus in der Spätperiode der Krankheit eine Immunität erwirbt, d. h. eigene Abwehrkräfte gegen die Krankheit entfaltet, und ob die bisher erfolgten Heilerfolge verbessert werden können, wenn man die Behandlung erst nach Entwicklung der Immunität einleitet. Es konnte nun nachgewiesen werden, daß experimentell mit Syphilis infizierte Tiere (Kaninchen) in der Spätperiode der Krankheit zwar eine Scheinimmunität besitzen, die sie bei *Neuansteckung* gegen die Entstehung neuer syphilitischer Hauterscheinungen schützt, aber *keine echte Immunität*, die neu eindringende oder im Körper von der ersten Infektion noch vorhandene Krankheitserreger (Spirochäten) vernichtet.

Eine Behandlung im Spätstadium der Syphilis verspricht also keine besseren Erfolge als in der Frühperiode. Die früheren experimentellen Untersuchungen *Kolles* und die klinischen Beobachtungen zeigen dagegen eindeutig, daß eine völlige Heilung der Syphilis um so seltener gelingt, je später die chemotherapeutische Behandlung begonnen wird. Nur wenn diese sehr frühzeitig eingeleitet wird, besteht die größte Sicherheit, daß die Heilung gelingt.

Herr *Bruck* (Altona): *Die Aktivuntersuchung bei der Serodiagnose der Syphilis.*

Vortragender zeigt an 2200 Seren, daß die Komplementbindungsreaktion mit Eigenkomplement nach der von ihm angegebenen Methode (Klin. Wochenschr. 1927) eine sehr erhebliche Vereinfachung der Technik bedeutet und wesentlich schärfere Ausschläge als die Inaktivmethode ergibt. Die Gefahr unspezifischer Ausschläge ist sehr gering und kann durch die gleichzeitige Anstellung einer Flockungs- und Trübungsreaktion ausgeschaltet werden. Diese Paralleluntersuchung (Aktivreaktion, Flockung und Trübung) macht die Anstellung der komplizierten Inaktivmethode überflüssig. — Für die Bewertung des Erfolges bzw. den Abschluß der Behandlung sollte nicht nur das Negativwerden der Orig. Wa.R., sondern auch das der Aktivreaktion, der Flockung und Trübung maßgebend sein. —

In der *Aussprache* berichtet Herr *Frei* (Breslau) über einige Reinokulationsversuche an syphilitischen Kaninchen:

1. *Kreuzweise Superinfektionen mit homologem Virus* führten auch dann nicht zu Primäraffekten, wenn für die Wiederimpfung ein dem Ausgangsvirus möglicherweise „entfremdetes" Material verwendet wurde. So änderte z. B. bei einem alten Kaninchenvirus eine Affenpassage nichts am immunologischen Verhalten gegenüber dem Ausgangsmaterial. Ebenso verliefen bei diesem Stamm kreuzweise Reinokulationen mit Material, das in zwei ver-

Digitized by Google

schiedenen Laboratorien mehrere Jahre hindurch getrennt voneinander weiter geimpft worden war, negativ.

2. Während sich bisher bei *heterologen Wiederimpfungen* im allgemeinen nur ältere Stämme gegenüber jüngeren als überwertig zeigen, hat *F.* mit zwei gleich alten, vom Menschen aufs Kaninchen übertragenen Stämmen gearbeitet, von denen der eine (aus korymbiformer Pigmentlues) vollkommen das Übergewicht über den anderen (aus resistenter Lues) besaß. In ihrem klinischen Verhalten am Kaninchen unterschieden sich die beiden Stämme nicht.

Herr *Fritz Lesser* (Berlin) betont, daß die Immunitätsfrage sich bis zu einem gewissen Grade aus den klinischen Erfahrungen lösen läßt. Im Gegensatz zu Herrn *Kolle* stellt er gerade in der Immunitätsfrage die Unterschiede zwischen Menschen- und Kaninchensyphilis fest. Bestätigungen der klinischen Erfahrungen durch das Kaninchen haben keinen wissenschaftlichen Wert, wenn die klinischen Erfahrungen, wofern sie sich beim Kaninchen nicht bestätigen, doch zu Recht bestehen. Das Kaninchen ist als Versuchstier für die Syphilis genau so hoch einzuschätzen wie das Meerschweinchen für die Erforschung der Tuberkulose; d. h. das Kaninchen ist sozusagen ein lebendiges Reagens auf Spirochäten; man kann einzelne Teilfragen lösen, z. B. die Infektiosität der Gummen und Prüfungen neuer Mittel auf ihre spirillozide Wirkung an ihm vornehmen. Man kann den Ablauf einer chronischen Infektionskrankheit wie der Syphilis ebensowenig am Kaninchen studieren wie den Ablauf der menschlichen Tuberkulose am Meerschweinchen; besonders die gefürchteten quartären Erscheinungen, die sich erst 10—15—20 Jahre nach der Infektion einstellen, lassen sich an einem Versuchstier, das höchstens 3 Jahre alt wird, nicht studieren, zumal die Syphilis als natürliche Krankheit bei ihm nicht vorkommt. Herr *Mulzer* (Hamburg) berichtet über Reinfektionsversuche bei syphilitischen Kaninchen. Es bestehen hohe Abhängigkeiten von der Virulenz der Stämme. Wurden zur Erstimpfung biologisch junge, zur Nachimpfung biologisch alte Stämme verwandt, so erhielt er in einem hohen Prozentsatz positive Impfresultate. Die Befunde *Kolles*, daß Superinfektion mit heterologen, biologisch gleichwertigen Stämmen in 50% möglich sei, konnte er nicht in gleichem Umfange bestätigen. Superinfektionsversuche mit einem durch Verimpfung von Kulturspirochäten *(Reiter)* gewonnenen Stamm ergaben, daß dieser als biologisch alter Stamm zu werten ist. Herr *Worms* weist darauf hin, daß die Versuche Kolles von ihm bereits ausgeführt sind. Der Spirochätengehalt der infizierten Drüsen ist nicht gleichwertig. Herr *Zieler* (Würzburg) hat Lymphknoten bei abortiv geheilter Syphilis 1—2 Jahre nach Abschluß der Behandlung verimpft und stets, auch bei Weiterverimpfung der Lymphknoten der erstgeimpften Tiere, negative Resultate gehabt. Was die Frage der Heilbarkeit der Syphilis angeht, so hat er bei ausreichend behandelten syphilitischen Frauen während späteren Schwangerschaften grundsätzlich nicht mehr behandelt, wobei sämtliche Kinder syphilisfrei geboren wurden und frei blieben, klinisch, serologisch und lumbal. Herr *Hesse* (Düsseldorf) erörtert die bessere Eignung des Silbersalvarsans für provokatorische Salvarsanbehandlung und fand höheren Prozentsatz positiver Schwankungen. Herr *Stühmer* (Münster) weist darauf hin, daß im Verlaufe der Kaninchensyphilis gerade für den klinischen Beobachter Erscheinungsformen auftreten, die zur Vorsicht bei der Übertragung von Versuchsergebnissen auf die menschliche Pathologie mahnen. Zur Serodiagnose *(Bruck)* läßt er seit Jahren eine

Digitized by Google

etwas abgeänderte *Stern*sche Aktivmethode neben der inaktivem mit gutem Resultat ausführen. Herr *Manteufel* (Düsseldorf) weist auf seine Versuche mit Tramboesie hin, die gemeinsam mit *Herzberg* angestellt wurden. Herr *Scholtz* (Königsberg) hat bei mehreren Tausend Kranken neben der Wa.R. mit 2—3 Antigenen regelmäßig noch die Meinickesche Reaktion angestellt und dabei nur ausnahmsweise negative Reaktionen bei positiver Wa.R. erhalten, und auch fast nie eine unspezifische Reaktion bei sicher syphilisfreien Personen. Hingegen wurde bei alten Luetikern, die sich klinisch und im Liquor als syphilisfrei erwiesen, und bei denen die Wa.R. dauernd negativ war, öfter eine positive Meinickesche Reaktion gefunden; die betr. Menschen sind nach menschlichem Ermessen wohl als nicht mehr infektiös zu erklären. Im Schlußwort zur Aussprache betont Herr *Kolle* Herrn *Lesser* gegenüber die Wichtigkeit, Tatsachen, die experimentell am Menschen nicht festzustellen sind, durch Versuche am Kaninchen zu ermitteln. Die Frage der Reinfektion und der Superinfektion ist auch beim Menschen nicht zu entscheiden, sondern nur durch den Tierversuch. Bezüglich des Vortrages *Bruck* schlägt er vor, eine Kommission zu wählen, zur Vereinheitlichung der Nomenklatur der serodiagnostischen Methoden und Resultate.

Herr *E. Hoffmann* (Bonn): *Syphilistherapie. Erfahrungen bei lange beobachteten Privatpatienten, kontrolliert mit der Subokzipitalpunktion.*

Übersicht über 60 Syphilisfälle, die 17 Jahre und länger nachbeobachtet wurden; darunter befinden sich auch Kranke, die zwei- oder dreimal mit primärer oder auch sekundärer Syphilis mit mindestens zweijährigem, meist aber längerem Intervall infiziert waren. Alle diese Kranken, die auf Grund der von *Hoffmann* inaugurierten maximalen Frühbehandlung eine negative Wassermannsche Reaktion im Blut zeigten, hatten auch sämtlich gesunden Liquor, der durch Nackenstich (Subokzipitalpunktion) gewonnen wird, eine Methode, die sich als ausgezeichnete Kontrolle für vor langer Zeit behandelte syphilitische Patienten bezüglich ihrer endgültigen Heilung erwiesen hat. Auch in Fällen, die nicht ganz so stark behandelt waren, wurde besonders bei der Anwendung von *Altsalvarsan*, aber meist auch *Natrium-* und *Neosalvarsan* ein trefflicher Dauererfolg erzielt. Das starke Dreikurensystem war auch bei solchen Kranken wirksam, die bereits ältere sekundäre Syphilis aufwiesen, und zum Teil auch bei solchen, die krankhafte Veränderungen an den Hinnerven (Akustikus) oder im Liquor aufwiesen.

Herr *Zurhelle* (Bonn) zeigt interessante Tierversuche mit Mischinfektion von Lues und Tuberkulose.

Herr *H. A. Eicke* (Berlin): *Die ambulatorische Lumbalpunktion.*

Die von *Wechselmann* angegebene Lumbalkanüle ermöglicht es, Lumbalpunktionen ambulant in der Sprechstunde auszuführen, ohne daß irgendwelche Nachpunktionsbeschwerden auftreten. Damit entfallen wichtige Gründe, die bisher einer allgemeineren Anwendung der Lumbalpunktion im Wege standen. Der Forderung der Frühdiagnose der Lues, die uns zu einer bemerkenswerten Einschränkung der Neuinfektionen geführt hat, muß daher jetzt eindringlicher als bisher die Forderung einer Frühdiagnose der Neurolues gegenübergestellt werden. Bei der fast stets vollkommenen Reaktionslosigkeit und Harmlosigkeit des Eingriffes ist damit auch die Möglichkeit gegeben, den Verlauf der Neurolues durch mehrfache Punktionen wissenschaftlich zu verfolgen. Theoretische Begründung des Verfahrens. Demonstration der Entwicklung der Lumbalkanüle.

Digitized by Google

In der *Aussprache* bemerkt Herr *Barnewitz* (Essen), daß er bei der Untersuchung von stark liquorpositiven Lueskranken mit dem Adrenalinsondenversuch *Muck* in 93% eine deutliche weiße Strichzeichnung als Zeichen einer Gehirngefäß-Sympathikus-Übererregbarkeit gefunden hat. Die Subokzipitalpunktion hat sich in mehrjähriger Erfahrung als ausgezeichnet erwiesen; sie soll stets im Liegen ausgeführt werden. Herr *Mulzer* (Hamburg) zieht in der Hand des wirklich in die Methode eingearbeiteten Klinikers die Zisternenpunktion vor, möchte aber dem weniger erfahrenen und geübten Praktiker wegen der möglichen Zwischenfälle die Lumbalpunktion allein empfehlen. Angabe einer Modifikation der Wechselmannschen Nadel. Herr *Bering* (Essen) betont Herrn *Mulzer* gegenüber, daß die O. P. selbstverständlich erlernt werden muß, daß sie aber in den Händen des Geübten ungefährlich ist. Bei weit über 1000 Punktionen wurden keinerlei Schädigungen beobachtet. Herr *A. Memmesheimer* (Bonn) bespricht die normalen und atypischen anatomischen Verhältnisse bei der Zisternenpunktion. Vergleiche des lumbal- und subokzipital gewonnenen Liquors. Herr *Almkvist* (Stockholm) hat mit der der *Wechselmann*schen Nadel ähnlichen und in Schweden gebräuchlichen *Antoni*schen Doppelkanüle mit gutem Erfolg gearbeitet. Bei geringem Liquordruck ist die Punktion mitunter erfolglos, da der Druck des Liquors zu gering ist, um die Flüssigkeit durch die sehr dünne Kanüle herauszupressen.

Herr *R. Wagner* (Prag): *Zur Fieberwirkung bei experimenteller Syphilis.*

Die Fieberung syphilitischer Kaninchen mit dem Rocky Mountain Spotted Fever ergibt in der Mehrzahl der Fälle prompten und raschen Rückgang primärer syphilitischer Läsionen, wobei jedoch die Infektion nur ausnahmsweise getilgt wird, wie die Popliteaübertragungen beweisen. Die Intensität der Fieberwirkung ist proportional der Höhe und Dauer des Fiebers. Besonders kurzdauerndes Fieber scheint fallweise den syphilitischen Prozeß zu provozieren. Der Titre von Immunkörpern (Choleraagglutine) wird durch Fieber gesteigert. Der Nachweis einer Steigerung der an sich problematischen Serumimmunkörper gegen Syphilis durch das Fieber ist nicht mit Sicherheit gelungen.

In der *Aussprache* berichtet Herr *Mulzer* (Hamburg) über seine Versuche über den Einfluß des Fiebers auf die Syphilis im Tierexperiment. Gemeinsam mit *Nothhaas* hat er bei syphilitischen Kaninchen durch Einspritzung Aerogeneskulturen, Temperaturen bis 41°, und Fieberkurven, ähnlich denen bei Malaria, experimentell erzeugt. Er konnte aber weder eine Einwirkung auf die klinischen Erscheinungen, noch eine Abnahme der Spirochätenzahl beobachten.

Herr *J. Heller* (Charlottenburg): *Die Häufigkeit der progressiven Paralyse unter den hervorragenden deutschen Bühnenkünstlern der letzten 100 Jahre.*

Nur die Beobachtung der Paralysefrequenz in einem fest umschriebenen Personenkreis kann ein richtiges Bild von der Häufigkeit der Krankheit und ihren Schwankungen geben. *Heller* hat die Lebensschicksale der hervorragenden Bühnenkünstler verfolgt und entgegen der allgemeinen Ansicht einen überraschend *geringen* Prozentsatz festgestellt. Er führt diese Tatsache auf konstitutionelle Eigenschaften der beobachteten Personenkreise zurück.

Digitized by Google

Herren *H. Th. Schreus* und *Napp* (Düsseldorf): *Kurmaß und Liquorveränderungen.*

Im Anschluß an die Statistik von *Zurhelle* und *Krechel* werden die Behandlungsergebnisse an 332 Luikern, bei denen die Liquorkontrolle ausgeführt wurde, analysiert. Als Grundlage der Statistik wird zwischen maximal und nicht maximal behandelten Kranken unterschieden, wobei als maximales Kurmaß starke, zeitlich zusammengedrängte Kuren im Sinne *E. Hoffmanns* gelten. Aus der Statistik ergibt sich, daß 30% der unbehandelten rezenten Luiker (Infektionsalter 0—2 Jahre) liquorkrank sind, hingegen bei behandelten, ohne Rücksicht auf die Güte der Kur, nur in 7% „passagere" Liquorveränderungen gefunden werden.

Bei alter Lues (älter als 2 Jahre) sind die entsprechenden Zahlen: Bei unbehandelten Fällen 55% Liquorkranke, bei behandelten (fast sämtlich nicht maximal behandelt) 48% liquorkrank. Die Liquorveränderungen nehmen mit dem Alter der Infektion zu. Da damit gleichzeitig gewöhnlich auch die Zahl der Kuren zunimmt, läßt sich nicht sicher entscheiden, ob ein günstiger Einfluß nicht maximaler Behandlung auf den Liquor besteht; es scheint aber nicht, daß schlechte Kuren eine Zunahme der Liquorveränderungen bedingen. Im ganzen ergibt sich also, daß nicht maximale Behandlung im späteren Verlauf der Lues weder Liquorveränderungen verhütet noch begünstigt.

Herr *Rudolf Habermann* (Hamburg): *Paradoxe Wirkung spezifischer Luesbehandlung, ihre Beobachtung an der Haut und Bedeutung für die Einteilung und Prognostik der sogenannten Neurorezidive.*

Fortschreitende klinische Verschlechterungen *während* intensiver Kur sind bei viszeraler und Neurolues weit häufiger als das Vorkommen therapierefraktärer Hauterscheinungen. Einen Hinweis auf den meist wahrscheinlichen Entstehungsmechanismus dieser Vorkommnisse gab die Beobachtung eines Falles von ausgedehntem tuberoulzerösem Exanthem der Extremitäten, bei dem unter fortschreitender Abheilung der zentral gelegenen Herde und konsekutiver narbiger Schrumpfung der Rückgang in den peripheren Gebieten nicht nur ausblieb, sondern sogar neue gummöse Infiltrate auftraten. Analoge Vorkommnisse am Nervensystem sind von den eigentlichen Neurorezidiven ebenso wie die Herxheimer-Reaktionen, von denen sie sich durch ihr zeitliches Auftreten unterscheiden, scharf abzutrennen und prognostisch ungünstiger zu beurteilen. Therapeutisch bietet Impfmalaria die besten Aussichten.

Herr *Vonkennel* (München): *Die Frage der meningealen Permeabilität während und nach der Malariabehandlung.*

Mittels der Walterschen Brommethode läßt sich für Frühluetiker ohne Liquorveränderungen der normale Permeabilitätsquotient feststellen. Bei Frühlues mit ausgesprochenen Liquorveränderungen ist eine auffallende Permeabilitätserhöhung nachweisbar. Schon während der Inkubationszeit der Impfmalaria kann sich der Permeabilitätsquotient zugunsten einer erhöhten Permeabilität verändern, die dann selbst wieder im gesamten Bereich jeder einzelnen Fieberattacke noch eine ausgesprochene Akme zeigt. Bei frühzeitigem Latentwerden der Impfmalaria geht der Quotient sofort zur Norm zurück, auch mit der Coupierung klingt die erhöhte Permeabilität schon innerhalb weniger Tage wieder ab. Die Ergebnisse der Permeabilitätsuntersuchung lassen es zum mindesten bei Liquorveränderungen dringend angezeigt erscheinen, die auffallend kurze Zeit der Permeabilitätserhöhung durch die

Digitized by Google

Impfmalaria zu chemotherapeutischer Behandlung heranzuziehen. Vergleichende Untersuchungen der Permeabilitätsveränderungen bei Impfmalaria und bei Rekurrens sind von Interesse und Bedeutung.

Herr *C. Bruck* (Altona): *Spirozidbehandlung bei Frühlues.*

Vortragender berichtet über seine Erfahrungen mit periodisch wiederholten Spirozidkuren bei Frühlues, insbesonders sekundärer Lues. Das Mittel wird nach besonderem Schema des Vortragenden innerlich in Form von Tabletten (Höchstdose 4mal tägl. 1 Tabl. nach den Mahlzeiten) gegeben. Ernstere Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet. Flüchtige Arzneiexantheme traten bei 16% der Fälle auf. Sie schwanden in wenigen Tagen und hinderten nie die Fortsetzung der Kuren. Die Wirkung auf die Spirochäten war sehr prompt, diejenige auf die Erscheinungen etwas langsamer als bei Salvarsan-Wismutkuren. Die Serumreaktionen wurden bei der Mehrzahl der Fälle von sekundärer Lues nach durchschnittlich 3½ Monaten (4 Kuren à 30 Tabl.) völlig negativ. Vortragender warnt davor, diese günstigen Resultate schon jetzt als Definitivheilungen aufzufassen, spricht aber die Hoffnung aus, daß es nach längerer Beobachtung und trotz negativ gewordenen Reaktionen länger fortgeführter Behandlung möglich sein wird, allein durch innerliche Spirozidkuren eine völlige Ausheilung frischer Syphillis zu erzielen. — Bei Personen, bei denen sich Einspritzungen verbieten, kann die periodische Spirozidkur schon heute als wirksame Ersatzmethode empfohlen werden. (Näheres siehe Derm. Wschr. 1927.)

In der *Aussprache* gibt Herr *Heuck* (München) eine eingehende Übersicht über seine Erfolge bei Malariatherapie der Frühlues. Herr *Jadassohn* (Breslau) betont, daß die Behauptung, seit Einführung des Salvarsans habe Tabes und Paralyse sowie Aortitis zugenommen, völlig haltlos und unbewiesen sei. Diese Behauptung würde meist mit unzulänglichen Statistiken bewiesen, die einer ernsthaften Kritik nicht standhielten. Wäre sie tatsächlich richtig, so müßte auf die Frühbehandlung der Lues verzichtet werden, was einem kaum zu überwindenden Schlag für die soziale Hygiene bedeute. Zu dem Vortrage von *Vonkennel* betont Herr *Bering* (Essen), daß die Permeabilität von Brom und Eiweißstoffen füreinander ganz verschieden sei. Herr *Schamberg* (Philadelphia) hat den Einfluß von hohen Temperaturen auf den Verlauf der experimentellen Syphilis untersucht und günstige Resultate bekommen. Herr *Herxheimer* (Frankfurt a. M.) berichtet über seine Erfahrungen mit dem durch Antipyrin entgifteten Albert 102, von dem er gute Wirkungen auf die klinischen Symptome gesehen hat. Die Wa.R. verhielt sich wie bei Silbersalvarsan; über Rezidive ist noch nichts zu sagen.

Herr *Bettmann* (Heidelberg): *Ergebnisse der Dermatographie.*

Dermatographie ist die Übertragung des daktylographischen Abklatschverfahrens auf beliebige Hautstellen. Die Methode, die 1916 von *Oppenheim* unter der Bezeichnung Dermatotypie zur Registrierung von Hautveränderungen empfohlen wurde, ist technisch weiter ausgebildet und in den verschiedenartigsten praktischen und theoretischen Zusammenhängen verwertbar. Es handelte sich vor allen Dingen darum, Gesetzmäßigkeiten zu studieren. So mußten zunächst ausgedehnte Untersuchungen an der normalen Haut vorgenommen werden, die zunächst die topographischen charakteristischen Verschiedenheiten der Felderungszeichnung an den einzelnen Hautregionen festlegten. Darüber hinaus waren aber an jeder bestimmten einzelnen Hautregion wiederum typische Verschiedenheiten zu zeigen. Es konnten festgelegt

Digitized by Google

werden: Alterstypen, Konstitutionstypen, Funktionstypen, Störungstypen, Geschlechtstypen. Diese Untersuchung wird paradigmatisch an der Hand von Dermatogrammen und vergrößerten Ausschnitten von solchen für das Abdomen demonstriert. Es ergeben sich vor allen Dingen sehr deutliche Unterschiede an der Bauchhaut erwachsener männlicher und weiblicher Individuen im Sinne eines „Richtungsbildes" beim Manne, eines „Indifferenz- oder Bereitschaftsbildes" beim Weibe. Diese Verhältnisse sind besonders wichtig im Hinblick auf die Veränderungen der Bauchhaut in der Gravidität, die an einer besonderen Reihe von Bildern gezeigt werden. Die Felderungszeichnung der Bauchhaut ändert sich nicht nur an den erkennbaren Striae, sondern an der ganzen Fläche. Es ergeben sich neue Gesichtspunkte zur Beurteilung der Entstehung der Striae. Im ganzen erlauben die Analysen guter Dermatogramme nicht nur wissenschaftlich brauchbare Feststellungen, sondern auch praktische Verwertung, vor allem in der Dermatologie.

Herren *Max Jessner* und *H. Hoffmann* (Breslau): *Experimentelle Hautinfektionen und retikuloendotheliales System.*

Vortragende berichten über Versuche mit „Modell-Infektionen" (Meerschweinchentrichophytie, kutane Rattensporotrichose, Kuhpockeninfektion bei Kaninchen) bei Tieren, deren retikuloendotheliales System „blockiert" war. Auf den Eintritt der Immunität hatte die Blockade keinen Einfluß. Sie veränderte aber bei der Trichophytie Art und Ablauf der Erkrankung in deutlicher Weise.

In der *Aussprache* empfiehlt Herr *Herxheimer* (Frankfurt a. M.) zur Darstellung der retikuloendothelialen Zellen mehrstündige Färbung mit Giemsa und Entfärbung mit Synthol, einem Guajakol-Chloralpräparat; Kerne sind blau, Plasma rot. Herr *Bloch* (Zürich) bemerkt, daß ein Einfluß dieses Systems auch für die Genese des experimentellen Krebses vielfach behauptet worden ist. Eigene Untersuchungen mit „Blockierung" durch Farbstoffe (Trypanblau, Indulin) und nachheriger Teerpinselung ergaben ein vollständig negatives Resultat, indem diese Blockierung die Entstehung der Ca. weder begünstigte noch verhinderte. Es kommt aber offenbar bei allen solchen Versuchen durchaus auch auf die Wahl des injizierten Kolloids an, denn bei Injektionen von Tusche scheint der Einfluß auf die Ca.-Entstehung nach Erdmann sehr deutlich zu sein.

Herr *Franz Herrmann* (Frankfurt a. M.): *Über verschiedenartige Symptome von Endothelschädigung bei Toxidermie.*

Kapillarmikroskopisch finden wir die Zeichen der Kapillarstauung. Das Kapillarbild unterscheidet sich wesentlich von demjenigen der meisten anderen untersuchten flächenhaften Hautrötungen und zeigt die Schädigung des Kapillarendothels. Ferner fand sich bei vielen Fällen von Toxidermie, speziell nach Salvarsan, eine relative und absolute Verminderung der Monozyten und Übergangsformen im Blutbild. Diese Erscheinung wird als Folge der Schädigung des retikuloendothelialen Apparates angesehen. Das Zellbild in der Kantharidenblase entspricht nicht dem Blutbild, zeigt ein Überwiegen der lymphohistiozytären Elemente.

Herren *K. Linser* und *Kähler* (Dresden): *Experimentelles zur Thalliumalopecie.*

Bei der experimentellen Thalliumepilation an Mäusen und Ratten tritt ein fleckförmiger Haarausfall ein, ähnlich der menschlichen Alopecia areata. Diese Erscheinung beruht darauf, daß z. B. beim Kaninchen die Haare nach

Digitized by Google

der Rasur nicht gleichmäßig, sondern büschelförmig regenerieren. Die Haarbüschel entwickeln sich aus sogenannten Haarwachstumszentren, die sich als dunkle, pigmentfarbige Flecke in der sonst hellen Haut produzieren, und in denen sich reichliche, in Entwicklung und im Wachstum befindliche Papillenhaare finden, während in den übrigen hellen Hautpartien fertige, nicht mehr wachstumsfähige Kolbenhaare stecken. Der Haarausfall setzt bei der experimentellen Alopezie an den beschriebenen Haarwachstumszentren ein, da die Papillenhaare noch in der Entwicklung begriffen sind und die Wachstumsvorgänge durch die Thalliumvergiftung plötzlich unterdrückt werden, und es so zu einer Erkrankung und später zum Absterben dieser Haare kommt.

In der *Aussprache* berichtet *Kähler* (Dresden) über eine mit *Linser* (Dresden) ausgeführte Versuchsreihe über Cholesterineinreibung in die Haut, die nach *Jaffé* eine haarwachstumsfördernde Wirkung haben soll. Sie konnten die Beobachtung *Jaffés* an sich bestätigen, sehen aber einzig und allein in der mechanischen Reizung (*kräftiges* Einreiben) der Epidermis, und nicht in einer spezifischen Cholesterinwirkung die Erklärung für die Beobachtungen, denn sie konnten mit intensiv in die Haut eingeriebener Vaseline ebenfalls Haarwachstumsbezirke regelmäßig hervorrufen, während diese an Stellen, wo Cholesterin-Vaseline nur lose aufgetragen wurde, ohne die Haut zu reizen, ausblieben. Sie glauben daher annehmen zu müssen, daß es für das neuerdings in den Handel gebrachte Haarwuchsmittel „Trilysin" keine tierexperimentelle Begründung gibt. Herr *Kreibich* (Prag) weist darauf hin, daß die gefundene Tatsache, daß an traumatisch gereizten Stellen die Haare wachsen, dem *Koebner*schen Phänomen, einem isomorphen Reizeffekt vergleichbar ist, und weiter für den Effekt einer therapeutisch erzeugten Hyperämie spricht.

Herr *A. Poehlmann* (München): ***Blutgruppenuntersuchungen bei Hautkrankheiten.***

Blutgruppenbestimmungen bei Hautkrankheiten ergaben bisher keine gesetzmäßige Korrelation zwischen Blutgruppe und Hautkrankheit. Als einzige Ausnahme ergab sich bei Psoriasis ein auffälliges Übergewicht der Blutgruppe O (Gruppe I nach *Jansky*). Diese Tatsache erklärt die Vererbbarkeit der „Disposition" zu Psoriasis von Generation zu Generation. Nachdem auch bei thyreotoxischen Erkrankungen eine auffallende Dominanz der Blutgruppe O besteht, sprechen die Ergebnisse der Blutgruppenbestimmung für den evtl. Zusammenhang der Psoriasis mit dem endokrinen System.

In der *Aussprache* zeigt Herr *Laufer* (Frankfurt a. M.), daß auch er bei Blutgruppenuntersuchungen an der Frankfurter Klinik kein gesetzmäßiges Verhalten der Blutgruppen zu Hautkrankheiten nachweisen konnte. Bei der Psoriasis fand er in der ersten Gruppe einen annähernd normalen Wert verglichen mit der Prozentzahl der Gesamtbevölkerung, bei der dritten Gruppe eine Zunahme, beides allerdings an einer verhältnismäßig kleinen Zahl von Untersuchten. Herr *E. Hoffmann* (Bonn) weist darauf hin, daß an der Bonner Klinik *Klörekorn* und *Simon* Blutgruppenuntersuchungen an fast 1200 hautkranken Patienten ausgeführt haben, deren Ergebnisse in der Derm. Zschr. Bd. 50, H. 4 veröffentlicht sind.

Herr *E. Urbach* (Wien): ***Zur Chemie der alten und kranken Haut.***

Um durch blutchemische Untersuchungsmethoden den normalen und phathologischen Chemismus der Haut zu erforschen, müßte die Voraussetzung sichergestellt sein, daß zwischen Blut und Gewebe eine Equilibrierung hin-

Digitized by Google

sichtlich ihrer organischen und anorganischen Bestandteile bestände. In Fortführung früherer Untersuchungen von *Königstein* und *Urbach* wird gezeigt, daß dies nicht der Fall ist, und daher direkte gewebschemische Untersuchungen notwendig sind. Zur ambulatorischen Vornahme derselben werden eine leicht ausführbare Technik der Gewebsentnahme sowie spezielle chemische Mikromethoden angegeben. Mit Hilfe derselben wurde festgestellt, daß die senile, klinisch trockene Kutis in gleicher Weise wasserreich ist wie die Haut einer Ichthyosis, Sklerodermie oder Dermatitis atrophicans im Endstadium, was auf kolloidchemische Störungen der Wasserbindung zurückgeführt wird. Des weiteren werden Untersuchungen bezüglich des H_2O-, NaCl- und Rest-N-Gehaltes der Haut bei einer Reihe von akut entzündlichen und chronischen Dermatosen sowie endokrin bedingten Allgemeinerkrankungen mitgeteilt. Schließlich wird die Frage, welche Hautschichten als Depotorte anzusehen sind, beantwortet.

Herr *Stümpke* (Hannover): *Über Konstitutionstypen in der Dermatologie.*

Bei der großen Bedeutung, die man heute der Konstitution bei der Entstehung von Krankheiten der verschiedensten Art beimißt, interessiert die Frage, ob auch bei dermatologischen Affektionen, soweit sie nicht zu den direkten Nävusarten gehören, konstitutionelle Faktoren eine Rolle spielen. In diesem Sinne werden zahlreiche Dermatosen im Laufe des letzten Jahres vom Verfasser untersucht. Ein grundlegender Einfluß der Konstitution war nicht feststellbar, wenn auch prozentualiter zwischen den einzelnen Affektionen *gewisse* Unterschiede auffallen; z. B. waren die untersuchten Fälle von Akne vulgaris sämtlich von asthenischem Typ; der gleiche Befund wurde auch bei Dermatitis herpetiformis und Morbus Darier erhoben. Relativ stark ist die Beteiligung des pyknischen Typs bei den verschiedenen Formen des konstitutionellen Ekzems.

In der *Aussprache* betont Herr *Bettmann* (Heidelberg), daß die Frage einer Beziehung von Hautkrankheiten zu bestimmten Konstitutionstypen nur unvollkommen zu lösen ist, solange uns nicht Konstitutionstypen der normalen Haut als solcher in ihren Eigentümlichkeiten bekannt sind. Für die Hautkonstitution ließe sich die Kombination einer größeren Reihe von Indikatoren anatomischer, physiologischer und funktioneller Art heranholen, und es gelingt auf diese Weise, gewissermaßen zwei polare Normaltypen aufzustellen, die von *B.* als thallodermer hapalodermer Typ bezeichnet werden. Es ergibt sich, daß keiner der beiden Typen notwendig an einen bestimmten Konstitutionstyp, also speziell an den pyknischen oder leptosomatischen Konstitutionstyp gebunden ist. Es besteht eine angeborene relative Selbständigkeit des Hauttyps gegenüber dem allgemeinen Konstitutionstyp oder die Möglichkeit eines erworbenen Wandels des Hauttyps. Herr *Gans* (Heidelberg) erhebt auf Grund seiner Arbeiten *(Gruhle* und *Gans)* grundsätzliche Bedenken gegen die Verwendung der *Kretschmer*schen Typen an der Dermatologie. Herr *Hammer* (Stuttgart) weist darauf hin, daß es einen ganz bestimmten Konstitutionstypus gibt, den Seborrhoiker. Seine Disposition beruht auf einer gewissen vasomotorischen Minderwertigkeit seines Gefäßsystems. Dadurch bekommt er bei Einwirkung chemischer und mechanischer Reize auf die Haut leicht Störungen des normalen Verhaltens, und zeigt Neigung zu chronischem Verlauf der auf diese Art zustande kommenden Erkrankungen. Diese Blutgefäßverhältnisse der Haut bieten deutlich dominante Vererbung.

Digitized by Google

Herr *J. K. Mayr* (München): *Die Beziehungen zwischen Haut- und Haarfarbe.*

Bei 300 Personen beiderlei Geschlechtes wurden Hautfarbenbestimmungen mittels des Hautfarbenfächers von *Hintze*, der auf das *Ostwald*sche Farbensystem aufgebaut ist und mehrere 100 Farbtöne enthält, vorgenommen. Es ergab sich dabei, daß bestimmte Korrelationen mit der Farbe des Haares bestehen, so daß einer bestimmten Haarfarbe eine bestimmte Hautfarbe entspricht. Diese Beziehungen finden sich im Durchschnitt bei 75% aller Untersuchten und sind am regelmäßigsten in den Lebensjahren zwischen 20 und 30, sowie dann, wenn sich die Haarfarbe den beiden Polen hellblond und tiefschwarz nähernd, an denen sie annähernd zu 100% zutreffen. Die Messungen müssen an Stellen vorgenommen werden, die exogenen (Witterung) und endogenen (innere Sekretion) Einflüssen möglichst entzogen sind, und sind daher am zweckmäßigsten an den seitlichen Partien von Brust und Bauch zu bestimmen.

Herr *Schmidt-Labaume* (Frankfurt a. M.): *Über elastometrische Messungen nach Applikation quellungsfördernder und -hemmender Lösungen.*

Nach einem kurzen Überblick über die theoretische Elastometrie am Muskel wird festgestellt, daß bei der Haut nur gesamtelastometrische Beobachtungen praktisch möglich sind. Diese Untersuchungmöglichkeiten werden durch die Technik des Schadeschen Elastometers erfüllt, das die Deformation zur Restitution in einer Zeiteinheit in eine einfache Formel bringt. Die Fr. Herrmannsche Reihenordnung quellungsfördernder und -hemmender Lösungen wurde elastometrisch zunächst am Gelatinemodell kontrolliert. Eindeutige Resultate: Elastizitätsabnahme bei Quellung, Elastizitätszunahme bei Entquellung. Bei der lebenden Haut nach Applikation gleicher Lösungen der Herrmannschen Reihenfolge die gleichen Resultate nur dort, wo eine reaktive Hyperämie (Erythem) nicht auftrat. Versuche an Erythemen zeigen, daß diese die Elastizität steigern im Gegensatz zum Ödem. Vergleichende Kurven an atrophischen Narben und Ödemen zeigen, trotzdem beide starken Elastizitätsverlust aufweisen, durch das Fließen der Ödemkurve eine typische Differenz. Die Elastometrie ist ferner imstande, den Ablauf lokaler Haut- und Impfreaktionen zahlenmäßig festzulegen und eröffnet Möglichkeiten zur Sicherung der Diagnosestellung, sowie Kontrollmöglichkeiten lokaler Applikationsmittel verschiedener Aggregatzustände.

Herr *Brill* (Jena): *Analytische Untersuchungen des menschlichen Schweißes.*

Bei Hautkranken und Hautgesunden wurden chemische Analysen im Schweiß vorgenommen, die sich vor allem auf den Säure-Basengehalt, sowie auf Messungen der Chloride bezogen. Diese Untersuchungen erstreckten sich in gleicher Weise auf Blut und Urin. Einzelne Dermatosen zeigen Verschiebungen des Säure-Basengehaltes im Schweiß, sowie Differenzen im Chlorgehalt im Vergleich zu Hautgesunden. Unter den Kontrollversuchen fallen die Schweiße der Luetiker durch besondere Veränderungen auf, die mit der Wassermannschen Reaktion im Blutserum in Verbindung zu bringen sind.

In der *Aussprache* berichtet Herr *Marchionini* (Freiburg i. Br.) über seine physiko-chemischen Untersuchungen an menschlichem Schweiß hautgesunder Personen. Er fand bei Gaskettenmessung der Oberflächenreaktion der gesunden menschlichen Haut einen hohen Säuregrad (p_{II} 3,0—5,0). Frisch

Digitized by Google

sezernierten Schweiß fand er erheblich wenig sauer, zumeist bei p_H 5,0—6,0, aber niemals alkalisch, wie *Brill* bei Hautkrankheiten ihn gefunden hat.

Herren *Frei* und *Grünmandel* (Breslau): *Vergleichend-biologische Untersuchungen über die Beziehungen der Haut zum Forßmannschen Antigen.*

Durch intrakutane Injektion von Forßmannschem Antigen, z. B. von gewöhnlichen Hammelblutambozeptoren, gelang es, beim Hunde sowie beim jungen Meerschweinchen entzündlich-hämorrhagische Hautreaktionen spezifischer Natur hervorzurufen — eine Methode, die einen einfachen Ersatz für die sonst zum Nachweis Forßmannscher Antikörper üblichen intravenösen Injektionen bot. Bei anderen Tieren der sogenannten Meerschweinchengruppe, nämlich Huhn, Katze, Maus, verliefen die gleichen Injektionen ganz oder fast ganz negativ.

Diese Unterschiede im Reaktionsausfall beruhten nicht auf Differenzen im Gehalt der verschiedenen Hautarten an Forßmannschem Antigen. Denn vergleichende quantitative Untersuchungen an der Haut ergaben nur unwesentliche Differenzen im Antigengehalt zwischen den einzelnen Tiergruppen.

Beim Kaninchen und anderen Tieren der sogenannten Kaninchengruppe ist es nicht gelungen, an die Stelle der heterogenetisch-anaphylaktischen Allgemeinreaktion lokale Hautreaktionen zu setzen. Nur bei einem, durch zahlreiche Ziegenmilchinjektionen vorbehandelten Kinde konnte man auf diesem Wege heterogenetische Überempfindlichkeitserscheinungen, z. B. gegen Meerschweinchenniere, auslösen.

Herr *W. Jadassohn* (Zürich): *Versuche über Pilzzüchtung auf Organen.*

Achorion Quinckeanum, Mikrosporon Audouini und Trichophyton Gypseum wachsen auf sterilisierter Menschen- und Meerschweinchenhaut, ferner auf steril entnommener, nicht sterilisierter Meerschweinchenfötenhaut. Die histologische Untersuchung der angegangenen Hautnährböden zeigt keine Prädilektion keratinhaltiger Hautbestandteile. Achorion Quinckeanum wächst ebenso gut wie auf der Haut auf den steril entnommenen in vivo von der Pilzinfektion verschonten inneren Organen (Meerschweinchenmilz, Niere, Leber, Muskel).

Aus diesen experimentellen Feststellungen wird folgender Schluß gezogen: Die Tatsache, daß gewisse Organe und gewisse Tierarten von gewissen Pilzaffektionen verschont bleiben, kann durch eine Hemmung in vivo erklärt werden. Diese Hemmung kann auf einer hemmenden, nach dem Tode zugrunde gehenden Substanz oder auf einem Mechanismus der lebenden Zelle beruhen. Eine zweite Erklärungsmöglichkeit ist die, anzunehmen, daß eine das Pilzwachstum ermöglichende Substanz in vivo fehlt, die durch die nach dem Tode einsetzenden chemischen Veränderungen entsteht.

Am Mittwoch, den 7. 9. 1927, vormittags folgte die Besprechung der Themen aus der speziellen Dermatologie.

Herr *Rille* (Leipzig): *Über Pellagra.*

Besprechung eines autochthon in Deutschland entstandenen Pellagrafalles mit typischen Symptomenkomplex nebst typisch wie atypisch lokalisierten Hauterscheinungen (Demonstration zahlreicher Buntphotographien).

In der *Aussprache* betont Herr *Jadassohn* (Breslau) vom diagnostischen Standpunkt die Bedeutung der follikulären Hyperkeratosen im Gesicht bei Pellagra, die unter seinen vier Berner und etwa sechs Breslauer Fällen sehr häufig waren und anscheinend recht früh auftreten.

Digitized by Google

Herr *K. Kreibich* (Prag): Demonstration von Fällen an Hand von Lichtbildern:

1. *Granuloma senile.* 55jährige Patientin. Zahlreiche senile Warzen des Rückens. 2 ulzeriert, ½ cm erhaben, blutig, papillär zerklüftet; Basis gerötet. Klinische Diagnose Karzinom. Histologie zeigt Entzündung und retikuläre Auflockerung der Papillen, darüber senile Warze nur akanthotisch gestreckt und eleviert. *Keine Atypie der Basalzellen,* an Stelle der Hornschicht Kruste oder dünne Parakeratose. Ursache traumatische Reizung.

2. *Blauer Nävus.* Pigment vorwiegend in den Chromatophoren. Spindelige Nävuszellen, sehr wenig melanotisches Pigment, dagegen voll erfüllt mit doppelbrechendem Lipoid. Bilder xanthom-ähnlich. Befund spricht für die epitheliale Natur der spindeligen Zellen und ergänzt den Befund von *Sato*, der darin Dopareaktion fand. An einer umschriebenen Stelle mehr epitheliale Beschaffenheit der Nävuszellen.

3. *Muzin* bei Pemphigus foliaceus acutus und chronicus. Papillen sind myxomatös verändert, dünnes Fasernetz, Sternzellen, Muzinfärbung. Veränderung bei Pemphigus fol. acutus intensiv, bei dem seit Jahren bestehenden Fall ebenfalls deutlich vorhanden. Bei Psoriasis Muzingehalt wechselnd.

4. *Lichen striatus* der Bauchhaut. Streng von der Mittellinie des Nabels nach links Gruppe von zirka 20 hellerstückgroßen elevierten Herden. Entzündung, hochgradige Akanthose, Parakeratose. Dauer 2 Monate. Heilung. Lang ausgezogene Herde sprechen dafür, daß primär die Sensibilisierung der Metamere vorausgegangen ist, worauf erst das Trauma (Reibung usw.) das Phänomen provoziert *(Touton).* Lichen striatus ist eine exsudative Form der Lichenifikation.

Außer den angegebenen Fällen bringt Herr *Kreibich* Bilder über seine Untersuchungen an der Langerhansschen Zelle. Langerhanssche Zellen sind Neurozyten, die aus der Kutis in das Epithel einwandern; Neurozyten können Pigment enthalten.

In der *Aussprache* weist Herr *Bloch* (Zürich) darauf hin, daß das von *Kreibich* angeschnittene Kapitel der Langerhansschen- und Dendriten-Zellen eines der interessantesten, aber auch schwierigsten Kapitel aus der Anatomie und Physiologie der Oberhaut ist. Seine Lösung wird erst möglich sein, wenn wir über eine Methode verfügen, welche nicht wie das Vergoldungsverfahren von *Langerhans* und das Rongalitverfahren vom Zufall abhängig ist, sondern in allen Fällen regelmäßig sichere Resultate ergibt. Die große Verwirrung sowohl bezüglich der Nomenklatur wie der Sache selbst rührt daher, daß die späteren Autoren die Originalarbeit nicht genau studiert haben. Die Gebilde, die *Langerhans* mit seiner Goldmethode dargestellt hat, sind sicher nervöser Natur. Später sind — aber mit anderen Methoden (Versilberung usw.) — dentritische, sicher zelluläre Elemente in der Epidermis beschrieben worden; das sind die besonders auch durch die Dopareaktion schön darstellbaren, pigmentierten, dendritischen Basalzellen, welche nichts anderes sind als in funktionell gesteigerter Tätigkeit begriffene pigmentbildende Zellen, Melanoblasten. Eine erste große Verwirrung rührt nun davon her, daß auch diese dendritisch gebauten Zellen als Langerhanssche Zellen bezeichnet und mit den echten verwechselt wurden, obwohl sich die L. Z. in Lage (die ganze Epidermis bis zur Hornschicht), Vorkommen (auch in nicht pigmentierter Haut), und durch die Art der Darstellung (nur mit Gold, nie mit Silber) von den dendritischen, pigmentbildenden Melanoblasten absolut unterscheiden. Eine weitere große

Digitized by Google

Komplikation fügt weiter die Auffassung der *Masson*schen Schule hinzu, welche behauptet und in äußerst mühsamen und interessanten Versuchen zu beweisen sucht, daß auch die zweite Zellart (Melanoblasten) im Grunde genommen Gebilde nervösen Ursprungs seien, die sich von den gewöhnlichen Basalzellen prinzipiell unterscheiden, und mit ihnen nur in einer Art von Synzytium zusammenleben, also wiederum Beziehungen zwischen beiden Arten von Zellen konstruiert und folgerichtig auch die nervöse Natur der Nävuszellen vertritt. Die von *Kreibich* dargestellten Rongalitzellen entsprechen, so viel ich sehe, der ersten Art, den echten L. Z. In gutgelungenen Goldpräparaten sind aber diese Elemente außerordentlich viel reichlicher, so daß der ganze Aufbau der Epidermis ein anderer, ganz merkwürdiger und ungewohnter erscheint. Der endgültige Aufschluß kann nur vom Ausbau der Methode erwartet werden. Herr *Friboes* (Rostock) weist darauf hin, daß man mit der Ausdeutung von Dendritenzellen in der Haut außerordentlich vorsichtig sein müsse, da tiefer formalgleiche und auch färberisch gleich ansprechende Dendritenzellen biologisch etwas total anderes sein können. Es gibt seiner Meinung nach sicher verschiedene Arten Dendritenzellen in der Haut, und der Begriff „Langerhanssche Zellen" würde am besten aufgegeben. Die „Spezifität" der Rongalitweißfärbung bei Nervenfasern ist nicht absolut, da sich trotz subtilster Technik andere Gebilde, z. B. Ringmuskelfasern der Präkapillaren ebenso abortiv färben.

Herr *Zieler* (Würzburg): *Mikrophotographische Vorführungen zur Morphologie und Pathogenese der Hautkrebse.*

An Hand von Lichtbildern werden seltene Krebse der Haut besprochen: 1. Multiple Krebse der Rumpfhaut; mikroskopisch Basalzellenkarzinome. Der neue Name Karzinoide oder Basaliome wird als überflüssig abgelehnt, da es sich um echte Krebse handelt. 2. Ein drüsenartig wachsender Krebs der Wange eines 21jährigen Mannes. 3. Karzinom auf Lupus erythematodes, entstanden nach einmaligem Trauma. — Ferner werden die Vorstufen des Hautkrebses besprochen: 1. Zwei Fälle mit intraepidermoidal wachsendem Epitheliom; es handelt sich um Stränge und Haufen von Stachelzellen, die in der stark verbreiterten Epidermis liegen, sich von ihnen aber abheben und sie zusammendrängen. 2. Senile Keratome der Gesichtshaut. Änderung des Zellcharakters, Vergrößerung der Zellen und der Kerne, teils unregelmäßig, teils auf die Basalschicht beschränkt, stellenweise mit drüsenartiger Wucherung der Keimschicht in die Tiefe. 3. Oberflächlicher Krebs unter dem Bilde des senilen Keratoms. 4. Keratose der Unterlippe. Starke akanthotische Wucherung der Epidermis um einen Hornstachel herum; vordrängendes Wachstum schräg nach oben gegen das normale Epithel. 5. Gewöhnliches spitzes Kondylom, in dem sich in einem umschriebenen Bezirk in allen Schichten der Epidermis große Zellen mit klumpigen und Riesenkernen finden, also Veränderungen des Zellcharakters, wie sie als kennzeichnend für die *Bowen*sche Krankheit angegeben werden. 6. Auftreten großer blasiger Zellen in der Basalzellenschicht und den höheren Lagen der Epidermis bei Röntgenhaut, zum Teil in zusammenhängenden Lagen, welche die Basalzellenschicht ersetzen. 7. Bilder von ganz oberflächlich wachsenden Karzinomen. a) Bowensche Krankheit der Schläfengegend, b) Leukoplakieartiges Karzinom der Mundschleimhaut, c) Pagetähnliches oberflächliches Karzinom der Rückenhaut, d) Pagetsche Krankheit.

Digitized by Google

Herr *Arzt* (Wien): ***Myelosarkomatose oder leukämische Myelose.***

Besprechung jener seltenen Fälle von Leukosen, die mit geschwulstartigem Wachstum auftreten, jedoch von *Hirschfeld* von den echten Geschwülsten abgetrennt, mit dem Namen Sarko-Leukämien oder Sarko-Leukosen belegt werden. Mitteilung eines einschlägigen Falles eigener Beobachtung mit multiplen knotenförmigen Hautveränderungen, histologisch aus myeloischem Gewebe bestehend, ferner myeloisch-leukämischer Blutbefund und pathologisch-anatomisch anscheinend geschwulstartige Wucherung.

Herren *Zieler* und *Hämel* (Würzburg): ***Zur Spezifität des Tuberkulins.***

An Hand von graphischen und mikroskopischen Vorführungen wird die Spezifität der Tuberkulinwirkung bewiesen (vgl. Derm. Ztschr. Bd. 51, S. 4 bis 17). Unter anderem wird darauf hingewiesen, daß sich in einer Tuberkulinspritze auch nach dem Auskochen und gründlichem Ausspritzen mit physiologischer Kochsalzlösung noch Tuberkulin nachweisen läßt.

Herr *Wichmann* (Hamburg): ***Experimentelle Untersuchungen über Superinfektion der menschlichen Haut mit lebenden virulenten Tuberkelbazillen humanen Typs.***

1. In der Regel reagiert die menschliche Haut auf die intrakutan gesetzte Superinfektion mit 100000—200000 Keimen in Form einer akuten Entzündung, durch welche die Superinfektion nach einer Reihe von Wochen restlos überwunden wird.

In Ausnahmefällen tritt ein reaktionsloser Abbau bzw. die Entwicklung eines progredienten Geschwürs ein.

2. Wiederholte Superinfektionen lassen vielfach eine Abschwächung des Reaktionsverlaufes erkennen.

3. Die durch die Superinfektionen gesetzten Alterationen und Reaktionen sind quantitativ wie qualitativ in makroskopischen wie insbesondere im histologischen Bilde außerordentlich verschieden. Sie entsprechen der individuell verschiedenen Disposition zur Tuberkulose und Immunitätsentwicklung; der Verlauf steht in einem gewissen Parallelismus zur präexistenten Hauttuberkulose.

4. Die Tuberkulinempfindlichkeit geht nicht immer mit der Empfindlichkeit der Haut auf die Superinfektion konform.

Während die Entwicklung der Superinfektion makroskopisch wie histologisch einen Schluß auf Disposition bzw. Immunitätszustand der Haut gestattet, ist ein solcher Schluß aus der Tuberkulinreaktion nicht zu entnehmen.

5. Eine wesentliche Beeinflussung präexistenter Hauttuberkulose durch die Superinfektion konnte nicht festgestellt werden.

In der *Aussprache* macht Herr *Herxheimer* (Frankfurt a. M.) darauf aufmerksam, daß sowohl *Veiel* sen. als auch er 1921 in Hamburg vor der Verimpfung lebender Tuberkelbazillen warnten, mit Rücksicht auf die Vidalschen Skarifikationen bei Lupus vulgaris, die bekanntlich durch akute allgemeine Miliartuberkulose eine Anzahl von Todesfällen zur Folge hatten. Im *Schlußwort* entgegnet Herr *Wichmann*, daß mit seiner Methode niemals eine Herdreaktion, geschweige denn eine Schädigung eingetreten sei, und diese Impfung harmloser als die übliche Tuberkulin-Injektionstherapie sei, bei der man das Vermeiden einer Herdreaktion nicht immer in der Hand habe.

Zusammenfassend betont er, daß in vorliegendem Materiale zum ersten Male eine umfassende Impfung mit lebenden Bazillen abgestufter Virulenz an einer großen Anzahl von Kranken durchgeführt wurde, eine Vorgehen, das

Digitized by Google

allein geeignet ist, eine wirksame Durchseuchungsresistenz zu erzielen. Die Impfungen lassen die interessanten Reaktionen zwischen Primärinfektionen und Superinfektionen erkennen und zeigen deutlich, wie verschieden die Immunitätsverhältnisse bei Tuberkulose und Syphilis trotz mancher Analogien sind.

Herr *Mayer* (München): *Zur Kasuistik des Lupus pernio mit Knochenveränderungen.*

Bei einem 58jährigen Manne mit typischen Erscheinungen von L. p. an Nase, Ohren, Fingern und Zehen fanden sich schwere Knochenveränderungen im Sinne einer „Ostitis tuberculosa cystica multiplex" *(Jüngling)*. Trotz 10monatlicher Behandlung verschiedenster Art kam es zu keiner wesentlichen Besserung, indem vorhandene Exulzerationen nur temporär zum Abheilen kamen. In der Literatur sind 52 Fälle von L. p. mit derartigen Knochenveränderungen beschrieben, von denen 45 röntgenologisch obigem Krankheitsbild entsprachen. Das Lebensalter der Erkrankten schwankte zwischen 16 und 58. Die Knochenveränderungen erschienen stets Jahre nach der Hauterkrankung, und fast ausschließlich gingen an Fingern und Zehen äußerlich sichtbare Prozesse ersteren voraus. Die Ansicht *Jünglings*, es handle sich immer um primäre Knochenläsionen, erhält dadurch zum mindesten keine Stütze. Es scheint demnach wohl die Möglichkeit, daß sowohl von innen her die Knochen erkranken, als auch von außen her per continuitatem bzw. durch trophische Störungen in Mitleidenschaft gezogen werden, gegeben zu sein, wenn auch der zweite Weg die Norm zu sein scheint. Das anatomische Bild kann nicht mit Sicherheit im Sinne tuberkulöser Ätiologie verwertet werden, da auch andere Granulationen, wie es die Verhältnisse bei der Lepra zeigen, Knochenstörungen ohne Verkäsung und Einschmelzung, also ohne Sequestierung, nach sich ziehen können. Bei obigen 52 Fällen aus der Literatur fanden sich in der Hälfte tuberkulöse Veränderungen an inneren Organen.

Herr *Ramel* (Lausanne): *Über die Beziehungen der Tuberkulose zur Ätiologie der Acne vulgaris und Acne conglobata.*

Durch Verimpfung von frischen, nodösen und noch nicht aufgebrochenen Effloreszenzen auf Meerschweinchen, ist es dem Verfasser gelungen, eine abgeschwächte Impferkrankung zu erzeugen, die sich makroskopisch als eine tuberkuloseartige Veränderung erweist. Diese Impferkrankung zeigt allerdings eine ausgesprochene Heilungstendenz. Die so klinisch geheilten Tiere gedeihen dann weiter und bleiben längere Zeit hindurch als Bazillenträger bestehen, ungefähr wie die gesunden Kontrolltiere. Ferner haben noch nicht abgeschlossene Versuche bis jetzt gezeigt, daß diese Bazillenträger sich gegen eine mit vollvirulenten Tb. intradermal angelegte Superinfektion refraktär zu verhalten scheinen.

In der *Aussprache* bemerkt Herr *Kreibich* (Prag), daß er in einem Fall von Acne conglobata in großen Mengen einen bereits beschriebenen säurefesten Bazillus gefunden hat. Herr *Klingmüller* (Kiel) betont, daß sich eine typische Acne vulgaris (juvenilis, Pubertätszeit) in tuberkulöse Formen (z. B. Erweichung) umwandeln kann. Er bezeichnet deshalb diese Fälle nicht mehr als gewöhnliche Akne. Die Befunde von Tb.-Bazillen können von ihm bestätigt werden. Man beachte dabei die von ihm für Lepra und von *Dittrich* für Tuberkulide angegebenen Vorschriften der Ziehl-Neelsenschen Färbung, da man so die Granulaformen des Tb.-Bazillus sicherer nachweisen könne als mit der Muchschen Granulafärbung. Herr *Galewsky* (Dresden) stimmt den Be-

Digitized by Google

merkungen *Klingmüllers* zu, und erinnert an seine Fälle von Erythrocyanosis cruris puellarum, die als Frostschäden anfingen und von erythema-bazin-artigen Erscheinungen gefolgt waren und schließlich (ein Fall erst nach 2 Jahren) abheilten.

Herr *Lomholt* (Kopenhagen): *Die Wismutverteilung im Körper, besonders im Blute.*

Mittels einer sehr empfindlichen radiochemischen Methode ist es gelungen, ganz kleine Wismutmengen zu bestimmen — ein Zehntausendstel von 1 mg — und dadurch zu finden, wie sich Wismut zwischen den verschiedenen Blutbestandteilen, Eiweißfraktionen usw. verteilt.

In der *Aussprache* zeigt Herr *Kleeberg* (Berlin) Diapositive eines Patienten, der seine Lues verheimlicht hatte, und bei dem nach 1½ Jahren Lipojodol in ausgedehnter streifenförmiger Anordnung in beiden Glutäen und bohnenförmige Herde (Wismut?) nachweisbar war. Vor 1½ Jahren 12 Lipojodol- und 8 Bismogenol-Injektionen intraglutäal.

Herr *E. Freund* (Triest): *Demonstration von Mikrophotographien histologischer Präparate von mehreren seltenen Dermatosen eigener Beobachtung.*

1. Hautverfärbung durch Meerbäder, Kölnisches Wasser und Sonnenbäder. In einem Fall wurden bei einem jungen Mädchen durch den Schaum einer angeblich Kölnisches Wasser enthaltenden Seife Flecke auf der Haut hervorgerufen; in einer als der gebrauchten für identisch bezeichneten Seife aber konnte Bergamottöl (Kölnisches Wasser) chemisch nicht nachgewiesen werden. 2. Syringoma palpebrarum bei einem 18jährigen Mädchen an beiden unteren Augenlidern. Demonstration von histologischen Schnitten. 3. Ein Fall von Salvarsanlichen, der auf dem ganzen Körper, den Extremitäten und der Mundschleimhaut aufgetreten war und in einen Lichen pemphigoides ausartete mit nachfolgendem Exitus. Die Sektion ergab fettige Degeneration der Leber bei sonst normalen inneren Organen. Bemerkenswert war der Befund von einigen großen Blasen in der untersten Partie der Speiseröhre und im Pharynx. Demonstration zahlreicher histologischer Präparate. 4. Zwei Fälle von Melanodermitis toxica lichenoides (*Hoffmann*). Im ersten Fall handelte es sich um einen Postbeamten, der mit dem Versiegeln von Postsäcken beschäftigt war. Die Siegelmasse stellte sich als reiner Teer heraus, der vor Gebrauch in einem kleinen Paraffinofen flüssig gemacht wurde. Der zweite Fall betraf einen Schiffbauer, welcher in einem Schiff mehrere Wochen lang Teerdämpfen ausgesetzt war, worauf intensive Dunkelfärbung des Kopfes und Rumpfes auftrat. Demonstration von zahlreichen histologischen Bildern.

In der *Aussprache* hat Herr *Galewsky* (Dresden) bei der Berlocque-Erkrankung nicht nur Pigmentierungen, sondern auch Depigmentierungen auf hyperpigmentierter Haut (sensibilisierter Haut) in Form von Leukoderm gesehen. Interessant sind die Fälle von urtikariellem Erythem im Gesicht, die als Vorstufe nach Gebrauch von Kölnischem Wasser anzusehen sind, die später zur Berlocque-Krankheit werden. Herr *Touton* (Wiesbaden) fragt an, ob *die* ätherischen Öle aus dem Kölnischen Wasser nachgewiesen sind, welche die Berlocque-Dermatitis hervorrufen. Einige von ihnen, z. B. Bergamottöl, Orangenöl und andere sind bekannt als bei Empfindlichen hautreizend. Herr *F. Rosenthal* (Berlin) bemerkt, daß vor *Hoffmann* die Erkrankung als Berlocque-Dermatitis von ihm beschrieben worden ist. Sie ist durchaus nicht immer auf Kölnisches Wasser zurückzuführen und findet sich bei Proletariern, die mit Alkohol in keiner Form in Berührung kommen.

Digitized by Google

Anscheinend werden auch durch den Schweiß ätherische Öle geliefert, die in Kombination mit den Sonnenstrahlen dieselbe Erkrankung hervorrufen. Klimatische Einflüsse spielen bei der Entstehung eine ausschlaggebende Rolle. Herr *Felke* (Rostock) weist darauf hin, daß die außerodentlich starke Fluoreszenz ätherischer Öle (und auch des sie enthaltenden Kölnischen Wassers) besonders im Licht der Analysenquarzlampe den Hinweis gibt für ihre Fähigkeit der Sensibilisierung für Licht. Die Schwankungen des auftretenden Erythems und Pigments erklären sich aus verschiedener Durchtränkung durch Hautsekrete. Ganz stark aufgetragenes Bergamottöl wirkt naturgemäß als Filter und schützt direkt gegen Ultraviolett. Herr *Hoffmann* (Bonn) betont die individuelle, scheinbar nicht allzu seltene Disposition; der verursachende Stoff soll in der Bonner Klinik durch Hautproben gesucht werden, da er ja für die Fabrikation von Wichtigkeit ist. Zu warnen ist vor der Anwendung des Kölnischen Wassers während starker Besonnung (und Schwitzens?).

Herr *Planner* (Wien): *Über Hauterscheinungen bei Lymphogranulomatose.*

An Hand von Uvachromaufnahmen werden zwei Fälle demonstriert. Im ersten Fall wurde bei der Aufnahme an Mycosis fungoides d'emblée gedacht. Die Diagnose L. konnte aber nach der Biopsie eines kleinen Hauttumors gestellt werden. Sie ergab das charakteristische Bild eines polymorphen Infiltrates, das neben Lymphozyten, Fibroblasten auch die *Paultauf-Sternberg*schen Zellen, besonders in der Mitte des Infiltrates, enthielt; daneben waren auch einzelne Riesenzellen vom *Langhans*schen Typ vorhanden. Klinisch handelte es sich um ein kinderhandgroßes Geschwür über der linken Kniekehle mit mächtig infiltrierten, stark erhabenen Rändern. Dazu befanden sich über und unter der linken Kniekehle konfluierende, subkutan gelegene, bis nußgroße Infiltrate. Kleinere Knötchen von derber Konsistenz saßen unterhalb des linken Knies und oberhalb des Malleolus internus. Das Blutbild zeigte mäßige Hyperleukozytose. Bei der Autopsie wurde die Diagnose bestätigt. Der zweite Fall kam zur Aufnahme mit Drüsenschwellungen in der linken Axilla, zu denen sich einige Wochen vorher Hauterscheinungen gesellten. Das klinische Bild erinnerte sehr an Cancer en cuirane. Ausschließlich über der linken Brusthälfte lokalisiert, bestanden die Erscheinungen in einigen kutan und subkutan gelegenen Tumoren, die besonders über der Mamilla zu plattenförmigen Infiltrationsherden konfluierten, und einer großen Zahl kutan gelegenen, etwa erbsengroßen Knötchen. Die Biopsie eines erbsengroßen Knötchens bestätigte die klinische Vermutung einer Lymphogranulomatose.

In der *Aussprache* erinnert Herr *Galewsky* (Dresden) an den in Dresden demonstrierten Fall, der jetzt als Lymphogranulomatose festgestellt ist, von dem in der Moulagenausstellung zwei Moulagen ausgestellt sind. Der Fall ist dem Exitus nahe und wird dann publiziert. Interessant sind auch die Hauterscheinungen, das rapide Fortschreiten der Erkrankung.

Herr *Edm. Hofmann* (Frankfurt a. M.): *Über den Erbgang der Hydroa vacciniforme.*

Das eingehende vererbungstheoretische Nachgehen bei einem Fall von Hydroa vacciniforme führte zur Kenntnis der Verwandtschaft mit einem früheren als solitär angesehenen Fall (*Vollmer*, Archiv 1903). Die Patientin aus der Frankfurter Hautklinik stammte aus einer Ehe blutsverwandter Eltern. Ebenso konnte die zweite Patientin als Abkömmling der gleichen Vorfahren

Digitized by Google

nachgewiesen werden. Im Widerspruch mit der Literatur handelt es sich um zwei weibliche Personen, so daß die Vermutung der gewöhnlichen Rezessivität Boden gewinnt.

Herr *R. O. Stein* (Wien): *Neue Befunde bei Hydroa vacciniforme.*

Bei einem Patienten, der schon seit Jahren an Hydroa vacciniforme litt, konnte während des Anfalls der Nachweis einer Leberinsuffizienz mit Hilfe der Galaktoseprobe erbracht werden. Dieser Befund stützt die Annahme, daß die Hydroa auslösende photodynamische Substanz dem gestörten Stoffwechsel der Leberzellen ihre Entstehung verdankt. Ferner war es möglich, während des Anfalles durch einen Prausnitz-Küstnerschen Versuch die Photosensibilität auf Gesunde zu übertragen. Im Hydroaanfalle entnommenes Patientenserum machte bei intrakutaner Einverleibung Gesunde gegen ultraviolettes Licht überempfindlich.

In der *Aussprache* berichtet Herr *Frei* (Breslau) über die gemeinsam mit *K. Meißner* begonnenen Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Leber und Photosensibilität, indem er verschiedene Gallen im Intrakutanversuch am Menschen auf ihre photosensibilisierende Wirkung prüfte. In der Galle eines Säuglings und ebenso in der eines alten Mannes mit normaler Leber ließen sich photosensibilisierende Substanzen nachweisen, dagegen nicht im Inhalt einer hydropischen Gallenblase. Bei Tiergallen waren die Befunde verschieden: Hunde- und Schweinegallen sensibilisierten niemals; die Gallen von Rindern und Schafen, also Herbivoren, dagegen regelmäßig. Man könnte deshalb an einen Zusammenhang zwischen photosensibilisierender Substanz in der Galle und Chrophyllo der Nahrung denken. Herr *Scholtz* (Königsberg) hat in einigen Fällen von Hydroa die Übertragung der Photosensibilität durch Seruminjektion auch versucht und auch im Anfallstadium bei Anstellen des *Kustner*schen Versuches negative Resultate erhalten. Möglicherweise sind die abweichenden Ergebnisse von *Stein* darauf zurückzuführen, daß die mit dem kranken Serum vorbehandelte Hautstelle nach der Kontrollstelle bestrahlt wurde und eine größere Lichtmenge als die Kontrollstelle erhielt. Hierauf erwidert Herr *Stein*, daß bei der Bestrahlung der einzelnen Hautfelder darauf geachtet wurde, die angedeuteten Versuchsfehler zu vermeiden.

Herr *Fuß* (Ludwigshafen a. Rh.): *Spieglersche Tumoren.*

Es handelt sich um einen 69 Jahre alten Mann, der etwa 20 Tumoren auf dem behaarten Kopf und dem Nacken aufweist, die, soweit sie histologisch untersucht sind, als *Spiegler*sche Cylindrome angesehen werden müssen. Die Tochter, 41 Jahre alt, hat seit etwa 20 Jahren im Gesicht etwa acht Geschwülste von Erbsengröße; die behaarte Kopfhaut ist frei. Der Sohn, 39 Jahre alt, hat auf dem Kopf etwa 50—60 Tumoren von Stecknadelkopf- bis Walnußgröße, die nach chirurgischer Entfernung der größten unter ihnen, einer Röntgenbestrahlung unterworfen wurden; danach Abheilung. Auch in diesem Falle handelt es sich histologisch um gutartige Epitheliome, die charakterisiert sind durch die streng alveoläre Anordnung des Parenchyms innerhalb einer eigenartigen, ein Stroma vortäuschenden hyalinen Substanz, also um *Spiegler*sche Tumoren.

In der *Aussprache* demonstriert Herr *Voigt* (Nürnberg) Photographien von *Spiegler*schen Tumoren bei Mutter und Tochter. Bei der Tochter finden sich die Tumoren auf dem behaarten Kopf (bis zu Tomatengröße) in großer Zahl, bis zur Nasenwurzel und Nasolabialfalte herabreichend. Bei der Mutter

Digitized by Google

ist das Krankheitsbild weniger stark ausgeprägt. Histologisch typisches Bild. Zusammenhang mit den Haarbildungsstätten ist sicher. Auffällig ist, daß das Krankheitsbild bei Mutter und Tochter (36 bzw. 15 Jahre alt) zu gleicher Zeit (etwa im Jahre 1917) auftrat, so daß anzunehmen ist, daß ein exogener Faktor eine schlummernde, hereditär bedingte Tumorbereitschaft weckte. Herr *Herxheimer* (Frankfurt a. M.) begrüßt es, daß hier nur von *Spiegler*-Tumoren gesprochen werde und nicht von *Spiegler-Feucht*-Tumoren, da der *Feucht*sche Fall Hunderte von hautfarbenen, harten, sarkomähnlichen Tumoren betraf, die histologisch das Bild von Rundzellensarkomen boten. Heilung in wenigen Monaten durch intensive Arsenikbehandlung. Der Fall ist geheilt geblieben. Er hat mit den *Spiegler*-Tumoren hiernach nichts zu tun.

Herr *Dörffel* (Königsberg): *Kalkeinlagerungenn im Gewebe nach Frostschäden.*

Lokale Kalkablagerungen im Gewebe der Ohren sind durchaus nicht selten und kommen als Folge lokaler Gewebsschädigungen, insbesondere durch Frost, meist bei Männern über 40 Jahren zustande. Der Sitz des eingelagerten Kalkes ist zur Hauptsache im Knorpel, aber auch im kutanen Gewebe. Über eine längere Zeit hindurch geführte Untersuchungen des Serums ergaben immer normale Werte an K-Ca-P-Gehalt. Die Kalkablagerung kann also nicht als Folge einer Störung im Kalkstoffwechsel aufgefaßt werden, sondern wird durch die infolge der Erfrierung eingetretene Gewebsschädigung und lokale Ernährungsstörung bedingt. Bei den bekannten Kalkablagerungen im Gewebe der Hände handelt es sich wohl um die gleichen Vorgänge.

In der *Aussprache* erinnert Herr *Freund* (Triest) daran, daß Verkalkungen an den Ohrenmuscheln auch von *Breda*, und solche in den Muskeln von *Fiocco* und *Minassian* (beide in Venedig) beobachtet worden sind. Herr *Jadassohn* (Breslau) bemerkt, daß der Ausdruck Kalkgicht von *Minkowsky* stammt. Die lokalen Verkalkungen am Ohr sind nicht selten; der Breslauer Fall zeigt sogar Ossifikation. Es wäre wünschenswert, alle Sklerodermen und Poikilodermien auf Kalk zu untersuchen.

Herr *Riehl jun.* (Wien): *Zur Frage des Verbrennungstodes.*

Die im Wiener pharmakologischen Institut an lumbalanästhesierten Meerschweinchen und dezerebrierten, rückenmarklosen Katzen mit siedendem Wasser, Leinöl bzw. Bunsenflamme ausgeführten Verbrennungsversuche ergaben bei experimentell-pharmakologischer Prüfung des von den verbrannten Tieren gewonnenen Nebennierenextraktes (Blutdruckversuche an Katzen). Der Adrenalingehalt der Nebennieren nimmt selbst bei ausgedehnten Verbrennungen schwersten Grades, zum Unterschiede von anderen Vergiftungen, wie z. B. durch Nikotin und quaternäre Ammoniumbasen, nur allmählich ab. In manchen Versuchen bleibt er unverändert und ist sogar erhöht, welch letzterer Umstand dadurch zu erklären ist, daß die Nebennieren in diesen Versuchen in einem Stadium untersucht wurden, in welchem infolge der Giftwirkung offenbar die Adrenalindepots reichlich Adrenalin im Nebennierenmark in Freiheit setzen, welches jedoch aus dem Organ noch nicht ausgeschwemmt worden ist. Auf Veränderungen der Nebennieren*rinde* deutet fallweise Ausschwemmung von *Cholin* in die Blutbahn, worauf man aus der erhöhten Adrenalinwirkung der Nebennierenextrakte nach Atropinisierung schließen kann. Bei langdauernden Versuchen kommt es als Ausdruck einer schweren Toxin-

Digitized by Google

wirkung mit der Zeit zu einer Lähmung der peripheren Gefäßnerven, so daß diese weder auf blutdrucksteigernde noch -senkende Mittel reagieren.

In der *Aussprache* bemerkt Herr *Werther* (Dresden), daß der Sektionsbefund bei Verbrennungsfrühtod Hyperämie der inneren Organe und mangelnder Tonus der Gefäße sei. *Luksch* stellte bei verbrannten Leichen den stärksten Grad von Adrenalinmangel der Nebennieren fest (*Virchows* Arch. 1917). Die guten Erfolge der Bluttransfussion beruhen vielleicht auf dem Ersatz der fehlenden Hormone. Herr *Riehl jun.* (Wien) bemerkt hierzu, daß der Frühtod nach Verbrennung auch pathologisch-anatomisch vom Spättod zu unterscheiden ist, da bei letzterem regelmäßig schwere parenchymatöse Degeneration der Organe, besonders des Myokards gefunden wird. Was die Erfolge der Bluttransfussion bei Verbrennung betrifft, so ergibt die klinische Statistik der Wiener Klinik der seit seiner ersten Publikation transfundierten Fälle weiterhin ein ermutigendes Resultat.

Herren *Rottmann* und *Eichler* (Göttingen): *Ungewöhnlicher Befund bei Mykosis fungoides.*

Bericht über einen zur Autopsie gelangten Fall von Mycosis fungoides mit ausgedehnter Metastasierung in innere Organe. Bereits zu Lebzeiten wurde ein Übergreifen der Erkrankung auf innere Organe vermutet, da der Patient einige Wochen ante exitum an starkem Husten mit rostfarbenem Sputum erkrankte. Die Autopsie ergab dann zahlreiche Metastasen von Linsen- bis Kirschgröße in beiden Lungen, in der Schilddrüse, dem Pankreas, sowie den Inguinal, Axillar- und Nuchal-Lymphknoten. Demonstration von Moulagen und Photographien.

In der *Aussprache* führt Herr *Arzt* (Wien) aus, daß das Studium der Mycosis fungoides durch die Wiener Schulen (u. a. durch *Paltauf, v. Zumbusch* und *Scherber*) zur Kenntnis der Mykosisknoten in den inneren Organen führte. Er zeigt von einem typischen Fall von Myc. fung. die makroskopischen Bilder eines die ganze Wand durchsetzenden Herzknotens. Herr *Herxheimer* (Frankfurt a. M.) empfiehlt Röntgenbestrahlung bei Mycosis fungoides, und zwar jeweils 1/3 ED., die bei drei Fällen geholfen hat. Ein Fall blieb 16 Jahre geheilt. Im vierten Fall gesellte sich zur Mycosis fungoides ein Sarkom, histologisch Rundzellensarkom. Dieser Fall ist jetzt moribund. Herr *Leven* (Elberfeld) verweist auf einen Vortrag von *Mertens* (XIII. Kongr. der D. D. G.), in welchem dieser mitgeteilt hatte, daß ein großes Melanosarkom bei einer Schimmelstute nach Injektionen mit der in Kochsalzlösung aufgeschwemmten und unter Zusatz von Karbollösung zu einem Brei verarbeiteten Geschwulst wesentlich gebessert wurde. *Leven* hat dann anläßlich eines Vortrages von *Bering* auf diese Behandlungsmethode aufmerksam gemacht. Die Ausführung in einem Fall hatte aber nur vorübergehenden Erfolg. Er wirft die Frage auf, ob die *Mertens*sche Methode nicht auch bei anderen Hautkrankheiten, wie z. B. dem *Boeck*schen Sarkoid, zu versuchen wäre.

Herr *Galewsky* (Dresden): *Trichorrhexis areata et circumscripta.*

Die Trichorrhexis nodosa ist im allgemeinen in Dresden bei Frauen außerordentlich häufig. Sie erscheint aber meistens als universelle Form, namentlich an den Nackenhaaren und an den Zöpfen, verhältnismäßig seltener sind die vorderen Haarpartien befallen. Die Frauen suchen deshalb auch meistens erst dann den Arzt auf, wenn die Haare immer kürzer werden.

Digitized by Google

Außer dieser universellen Form, bei der im allgemeinen die einzelnen Knoten am Haar nicht so häufig sind, beschreibt der Vortragende noch eine zweite Form, die sich entweder im Auftreten kleinerer rundlicher Herde (wie bei der Alopecia areata) äußert oder in einer mehr ovalen Form an der Stirn entlang der Haargrenze zutage tritt. Beide Formen zeichnen sich dadurch aus, daß die einzelnen Haare perlschnurartig mit weißen Knoten besetzt sind, so daß die Haare wie mit Mehl bestäubt aussehen. An einzelnen Haaren sind bis 20 Knoten aufzufinden. Während man bei der ovalen Form an die Möglichkeit einer Schädigung denken kann (in dem einen Fall ist es möglich, daß die Frau des Photographen beim Entwickeln sich mit den feuchten Händen die vorderen Haare zurückstreicht), muß man beim zweiten Fall mit drei zirkumskripten, scharf abgegrenzten, markstückgroßen Herden auf dem Vorderkopf und Hinterkopf an eine infektiöse Möglichkeit denken. Die bisherigen Untersuchungen über die Ätiologie sind ergebnislos verlaufen, werden aber noch fortgesetzt.

Herr *Galewsky* (Dresden): *Zur Trichotillomanie.*

Galewsky bespricht die unter dem Namen Trichotillomanie (Trichomanie *Besnier*) Autodepilation (Copola) Tic de l'épilation von *Raymond* beschriebene Affektion, die im Deutschen am besten durch den Namen Haarrupftic beschrieben ist. Es handelt sich im allgemeinen um den anormalen Wunsch eines anscheinend gesunden Individuums, sich mit Gewalt Haare herauszuziehen. Fast immer handelt es sich um entweder geistig zurückgebliebene Kinder oder anscheinend normale Erwachsene mit Zwangsvorstellungen oder um Maniakalische.

Herr *H. Freund* (Berlin): *Beiträge von Herpes und Zoster.*

F. berichtet zunächst über statistische Untersuchungen an 994 Herpes- und 869 Zosterfällen der Berliner Hautpoliklinik aus den Jahren 1920—1926. Es hat sich ergeben, daß der Zoster im höheren Lebensalter, namentlich zwischen 60 und 70 Jahren etwa doppelt so häufig als in den ersten fünf Lebensdezennien ist. — *F.* berichtet weiter über eine Methode der Behandlung des rezidivierenden Herpes mittels ein- bis zweimaliger Impfung mit Kuhpockenlymphe. Die Methode, welche auf den gekreuzt immunisatorischen Beziehungen zwischen Herpes und Vakzine (*Gildemeister* und *Herzberg*) beruht, hat sich an sieben Fällen bei monatelanger Beobachtung bewährt.

In der *Aussprache* berichtet Herr *Keining* (Hamburg) über 17 Fälle mit rezidivierendem Herpes; die durch Vakzination mit Kuhpockenlymphe behandelt wurden; in 12 Fällen trat der Herpes nicht mehr auf. Herr *Voigt* (Nürnberg) berichtet, daß auf Grund 2jähriger Erfahrung mit der Impfung mit Kuhpockenlymphe [zusammen mit *Leonhard Görl* (Nürnberg), der als erster diese Methode in die Therapie der blasenbildenden Hautkrankheiten eingeführt hat], die Erfolge *Freunds* bei rezidivierendem Herpes nur bestätigt werden können. Weitere günstige Erfolge sind noch zu verzeichnen bei Pemphigus; Fälle mit hämolytischen Streptokokken im Blute wurden nicht behandelt. Ein Erfolg dürfte da auch kaum zu erwarten sein. Unsicher ist die Behandlung der Dermatitis herpetiformis mit diesen Methoden. Bei Herpes zoster besteht der Eindruck einer Abkürzung der Krankheitsdauer und einer Milderung der Beschwerden. Bei Pemphigus ist auffällig, daß auch bei wiederholten, in kurzem Intervall (4 bis 6 Wochen) erfolgten Impfungen schöne Impfblattern auftraten, also *kein* Impfschutz zu bestehen scheint.

Digitized by Google

Am Mittwoch nachmittag folgte die *Krankenvorstellung* von 85, zum Teil sehr seltenen und interessanten Fällen. Die Vorstellung erfolgte in zwei Gruppen, welche abwechselnd von zwei Gruppen der Kongreßteilnehmer angesehen wurde. Bezüglich dieser Krankenvorstellung muß, bis auf die besprochenen Fälle, auf den ausführlichen Bericht verwiesen werden.

Außerdem wurden an demselben Nachmittag noch folgende Vorträge gehalten:

Herr *Leven* (Elberfeld): *Über einige Prädilektionsstellen für die Nävusbildung.*

Der phylogenetische Charakter der Nävi geht ohne weiteres aus der *Meirowsky*schen keimplasmatischen Nävustheorie hervor; er ergibt sich weiter aus den Beziehungen zwischen Tierzeichnung, Menschenscheckung und Systematisation der Mäler, die 1921 von *Meirowsky* und dem *Vortragenden* an einem großen Material aufgezeigt wurden. Unabhängig davon weist *Mathias*, ausgehend von der Geschwulstlehre, auf den Zusammenhang der Nävi mit der Stammesentwicklung des Menschen hin. Dem phylogenetischen Charakter der Nävi entsprechend sehen wir sie nicht selten an solchen Stellen auftreten, wo sich Mißbildungen sonstiger Art zeigen und wo besonders in die Augen springende stammesgeschichtliche Beziehungen vorhanden sind. Solche Stellen sind: 1. die Gegend der Brustwarzen — Hyperthelie mit Nävuszellen, Auftreten von Haaren an überzähligen Brustwarzen —; 2. die Kreuzbeingegend — Hypertrichosis sacralis, Naevi flammei, Mongolenfleck —; 3. die Gegend der von *Sklarz* beschriebenen Tasthaarhügel — Symmetrische Gesichtsnävi, Sinushaare —; 4. die Mundschleimhaut — Naevi pigmentosi der Mundschleimhaut —; und 5. die Streckseiten der Oberarme — Epheliden-bildung, eventuell Zusammenhang mit Keratosis pilaris —; 6. Fall von N. flammeus bei gleichzeitigem Bestehen von Lippen- und Gaumenspalte (*Leven*, Derm. Ztschr. Bd. 31, S. 32/40).

Nävi treten also vielfach da auf, wo in der Stammesgeschichte besondere Umwandlungen erfolgt sind und wo die Naturzüchtung besonders intensiv verlaufen ist. Sie schließen sich also den phylogenetischen Entwicklungsvorgängen an und stellen nichts anderes dar als idiotypisch bedingte, aus der Phylogenese zu erklärende Charaktere.

In der *Aussprache* betont Herr *Siemens* (München), daß die Anwendung der Progonomtheorie auf die Muttermäler von ihm schon vor 7 Jahren versucht wurde, und zwar in gemeinsamer Arbeit mit *Mathias* selbst. Das druckfertige Manuskript blieb aber unveröffentlicht, weil er fand, daß das Tatsachenmaterial, daß der Anwendung dieser Theorie auf die Nävi zugrunde liegt, viel zu schwer zu interpretieren sei. In *Levens* Ausführungen findet er nirgends einen Beweis, für Erbbedingungtheit der Nävi: einen phylogenetischen Erblichkeitsbeweis aus der Lokalisation gibt es nicht; man wird ihn in sämtlichen Lehrbüchern der Vererbungspathologie vergeblich suchen. Aus methodologischen Gründen hält er deshalb die Schlußfolgerungen *Levens* bezüglich Erblichkeit für unzulässig.

Herr *G. Schallinger* (Brünn): *Über eine geschwulstähnliche Bildung der Elastika.*

Mitteilung eines Falles, bei dem die klinische und histologische Untersuchung einen chronisch-entzündlichen Krankheitsprozeß unbekannter Natur

Digitized by Google

ergab. Bei der Ausheilung kam es in narbig-atrophischen Hautpartien zur Bildung ockergelber, umschriebener Knoten und Knötchen, die klinisch zunächst als Xanthome imponierten. Bei der histologischen Untersuchung erwies sich, daß diesen klinisch xanthomähnlichen Gebilden eine als tumorähnliche Wucherung imponierende Anhäufung der Elastika mit zum Teil degenerativen Veränderungen zugrunde liegt, wahrscheinlich auf Basis des nicht näher definierbaren chronischen Entzündungsprozesses, der teilweise zu narbiger Umwandlung der ergriffenen Hautpartien führte. Trotzdem der sich auf Grund klinischer und vor allem histologischer Untersuchung ergebenden Zugehörigkeit des Falles zur Gruppe der Pseudoxanthome (*Darier*) und Elastome (*Juliusberg*), kann auch die erwähnte Beobachtung eine Erklärung der Pathogenese dieser Veränderungen nicht bringen.

In der *Aussprache* teilt Herr *Herxheimer* (Frankfurt a. M.) mit, daß er analoge Veränderungen bei seniler Haut gesehen hat, wie der Vortragende bei Pseudoxanthoma elasticum. Herr *Juliusberg* (Braunschweig) bemerkt, daß er im Jahre 1898 von Prof. *Jadassohn* veranlaßt wurde, die kolloide Degeneration der elastischen Fasern in Granulations- und Narbengewebe, wie sie ihm bei mehreren Fällen aufgefallen war, zum Gegenstande einer Arbeit zu machen. Offensichtlich handelte es sich bei den von *Schallinger* beschriebenen Veränderungen um derartige Vorgänge. Ganz zu trennen von diesen Degenerationen ist die tumorartige Entwicklung des elastischen Gewebes an zirkumskripten Stellen ohne jede degenerativen Vorgänge, die von ihm später als Elastome bezeichnet wurden.

Herr *Rost* (Freiburg i. B.): *Über Erfahrungen mit der allergenfreien Kammer nach Storm van Leeuwen, insbesondere in der Spätperiode der exsudativen Diathese.*

Die exsudative Diathese — Status exsudativus — bedingt nicht nur das Auftreten von Hauterscheinungen ekzemartigen Charakters im Säuglings- und Kleinkindesalter, sondern auch in späteren Lebensjahren. Sie verläuft in Perioden, die sich von der Geburt (2. Monat) bis etwa zum Klimakterium erstrecken. Die erste Periode verläuft im ersten Lebensjahrfünft. Sie hat ihren Höhepunkt im ersten Jahre. Die zweite Periode setzt am Beginn der Pubertät ein. Sie hat ihren Höhepunkt zwischen dem 15. und 30. Lebensjahre. Nach dem Klimakterium zu nimmt sie stark ab, um im Greisenalter ganz zu verschwinden. Zur Benennung dieser Hautaffektionen wird die Bezeichnung exsudatives bzw. spätexsudatives Ekzematoid vorgeschlagen. Dieses letztere ist neben typischen klinischen Erscheinungen — Einzeleffloreszenzen, Prädilektionsstellen — besonders charakterisiert durch den „weißen Dermographismus", die Eosinophilie, die positive *Storm*sche Reaktion, die verminderte Salizylsäurebindungsfähigkeit des Blutes. In einem Drittel der Fälle findet sich zugleich Asthma. Die Disposition zu der Erkrankung beruht auf erblicher Anlage. In über 50% der Fälle konnte Asthma, Heufieber oder die gleiche Hautaffektion in der Blutsverwandtschaft nachgewiesen werden. Luftallergene (zum Aeroplankton gehörig) sind in einem großen Teil der Fälle als auslösender Faktor anzusehen.

Eingehende Beschreibung der allergenfreien Kammer und der mit ihr erzielten Erfolge an Hand von Abbildungen und Tabellen.

Herr *R. O. Stein* (Wien): *Therapeutische Technizismen* (Rosaceabehandlung, Kommedonenentfernung, Varizenbehandlung).

Digitized by Google

a) Bei der Behandlung der Akne rosacea hat sich Kohlensäureschnee sehr bewährt in folgender Weise: Bereiten einer Masse aus Kohlensäureschnee und Azeton, welche die Konsistenz einer Salbe besitzt. Aufstreichen derselben auf einen Wattebausch, Eintupfen der roten Nase und ihrer Umgebung mit demselben, wobei man darauf achtet, daß die Berührung höchstens 2—3 Sekunden dauert. Es darf nicht zu einem Erfrierungsschorfe kommen, sondern bloß zu einer ganz oberflächlichen Schälung. Die vergilbte Haut stößt sich in kleinen Lamellen ab. Das Verfahren darf höchstens einmal wöchentlich wiederholt werden.

b) *Komedonenentfernung.* Wesentlich schonender als das Ausquetschen mit dem Komedonenquetscher ist das Ausbohren der Mitesser mit einem an die zahnärztliche Welle montierten, feinsten Stahlbohrer (einem sogenannten Beutelrockbohrer), wie ihn die Zahnärzte zum Ausbohren der Wurzelkanäle verwenden.

c) *Varizenbehandlung.* Kleinste, oberflächliche Varizen an den Beinen werden am besten durch Elektrokoagulation beseitigt, welche mit zwei, teilweise isolierten sogenannten Kromayer-Nadeln vorgenommen wird.

Herr *R. O. Stein* (Wien): *Über die Technik und Erfolge verschiedener Methoden kosmetischer Gesichtsspannung.*

Das Prinzip dieser am besten als kosmetische Gesichtsspannung zu bezeichnenden Methode besteht darin, daß man an bestimmten Stellen durch Exzision von ovalären Hautläppchen Zugwirkungen setzt, welche die Runzeln ausgleichen. Geradeso wie man imstande ist, ein bereits ausgedehntes Gummiband durch Herausschneiden eines Stückes wieder anzuspannen, gelingt der Ausgleich der Falten- und Furchenbildung auch in der Gesichtshaut und bringt ihr gealtertes und verwittertes Aussehen zum Schwinden. (Demonstration der einzelnen Operationsfehler an Diapositiven.) Alle diese kleinen Operationen ergänzen sich gegenseitig, sie werden im Laufe mehrerer Monate durchgeführt, und es gelingt so durch einige, an sich ganz ungefährliche Eingriffe die Faltenbildung im ganzen Gesicht zu beheben. Wird die kosmetische Gesichtsspannung zu einem Zeitpunkte vorgenommen, wo die Gesichtshaut noch reichlich normalen Turgor besitzt und noch keine allzu weit vorgeschrittenen degenerativen Erscheinungen aufweist, so hält der Effekt dieser Operation durch mehrere Jahre an.

In der Aussprache weist Herr *Schorsch* (Weißenfels) darauf hin, daß die von *Stein* angegebene Behandlung der Akne bereits von *Kromayer* in „Die Behandlung der kosmetischen Hautleiden" angegeben ist. Frau *M. Oelze-Rheinboldt* betont, daß die Ärzte oft schuld daran sind, daß Kranke mit kosmetischen Störungen zum Friseur laufen, weil diesen Leiden ärztlicherseits nicht die genügende Bedeutung beigegeben wird. Im *Schlußwort* wendet sich Herr *Stein* (Wien) gegen den Verdacht, daß er die angegebene Methode als sein geistiges Eigentum betrachte; er habe selbst hervorgehoben, daß die von ihm empfohlene Behandlung auf dem von *Kromayer* empfohlenen Prinzip beruhe. Die einzelnen Methoden seien von ihm kritisiert und für die Komedonenentfernung von ihm besonders gestaltete und gehärtete Bohrspiralen angegeben.

Herr *U. Saalfeld* (Berlin): *Zur Behandlung dermatologischer Erkrankungen der unteren Extremitäten mit druckfreien Verbänden nach Lasker.*

Digitized by Google

Die Lokalisation einer Dermatose ist für ihre Behandlung nicht belanglos. Die besonderen Belastungs-, Durchblutungs- und Gewebstonusverhältnisse des Unterschenkels bedingen ein besonderes Milieu und dementsprechend besondere Behandlung. Der Raum zwischen Unterschenkelfaszie und Haut bildet ein elastisches Rohr, in dem durch Muskelaktion Druckpumpkraft geleistet wird. Bei hierzu Disponierten tritt unter Belastungswirkung eines zu schweren Oberkörpers vielfach eine asthenische Trias der Knochen — Plattfüße, Gefäße, Krampfadern- und Haut-Atonie — ein. Die Krankheit beginnt mit Elastizitätsverlust in den Lymphdrüsen; es tritt habituelle Ektasie der Safträume ein. Einerseits sehen wir hyperplastische, andererseits atrophische Zustände. Das Rohr Faszie — Haut verliert seine Elastizität, seine Druckpumpkraft geht verloren. Hier greift die *Laskersche* Therapie an, die diese verlorengegangene Elastizität ersetzen will. Vermeidung jeglichen Drucks, Druck im alterierten Gewebe schadet nur. Statt dessen Stützung des Gewebes. Angabe der Technik, der Indikationen und Erfolge.

Herr *Meerz* (Eßlingen a. N.): *Die ambulatorische Behandlung des Beingeschwürs und der Krampfader.*

Varizen und Ulcus cruris sind bekanntlich ein ebenso schwerzhaftes wie langwieriges Leiden und bedeuten volkswirtschaftlich einen ungeheueren Ausfall an Arbeitskraft. Durch die von *Unna* und *Linser* inaugurierten Behandlungsmethoden ist eine schnelle und sichere Heilung zu erzielen. Es ist Aufgabe der Hautkliniken, Studenten und Ärzte, auf diese Heilungsmöglichkeiten hinzuweisen und sie in der Technik zu unterrichten.

In der *Aussprache* warnt Herr *Isaak* (Frankfurt a. M.) vor der Anwendung jedes zur Varizenverödung angegebenen Mittels. Er hat bei Varikophtin Nekrosen des Stichkanals gesehen. Bei Traubenzucker tritt nach der Injektion mitunter Schüttelfrost ein. Gut verträglich dagegen und wirksam ist Calorose in 50 bis 60%iger Lösung. Herr *Salomon* (Koblenz) gibt Kenntnis von einem Todesfall durch Embolie, 8 Tage nach kunstgerechter Varikophtininjektion durch einen klinisch sehr gewandten Allgemeinpraktiker. Herr *Galewsky* (Dresden) hält eine Embolie nicht für möglich. Es ist pathologisch-anatomisch festgestellt, daß Embolie bei der Verödung nicht entstehen kann. Herr *Wohlstein* (Bad Pistyan) warnt vor der kritiklosen Anwendung der Verödungsmethoden zur Varizenbehandlung und erinnert an die von *Nobl* angegebenen Richtlinien. Herr *Frühwald* (Chemnitz) hat bei dem 1925 in Dresden als Hautxanthom demonstrierten Falle weitere histologische Untersuchungen vorgenommen, die deutliche Xanthomzellen ergaben. Es wird daher der Fall als Xanthom angesprochen.

Digitized by Google

Periodische Literatur.

Zusammengestellt von Dr. *Arthur Alexander* in Charlottenburg.

Syphilis.

Therapie.

Stock: **Die Gefährlichkeit des Quecksilberdampfes und der Amalgame.** M. Kl. 1926. 32.

Durch geringste Quecksilberzufuhr über größere Zeiträume, wobei es sich höchstens nur um täglich hundertstel Milligramm Hg zu handeln braucht, die durch Einatmen dem Körper zugeführt werden, kommen chronische Hg-Vergiftungen zustande, die sich in zunehmender geistiger Abspannung, Schwindelgefühl, unscharfem Sehen, Schlaflosigkeit und zahlreichen sonstigen nervösen Symptomen äußern. Schließlich kommt es sogar zu fast ununterbrochenen Nasen- und Halskatarrhen mit blutigen Absonderungen und Schorfbildung. Auch die Darmtätigkeit wird weiterhin gestört, ja Hämorrhoiden und Furunkel können endlich das Bild vervollständigen. Durch Verlust von Lebensfreude und Humor, durch Verdrossensein über jede Kleinigkeit geht schließlich die Persönlichkeit verloren. Man muß annehmen, daß ein Schwellenwert des Hg sich im Körper ansammelt, der bei geringster neuer Hg-Zufuhr sofort Rezidiv verschuldet. Es gibt aber auch Zeiten, wo die Hg-Ausscheidung im Harn und Speichel sich dem Nachweis entzieht, um dann wieder mal deutlich zu werden. Das Gefährliche an den Dingen ist, daß die Hg-Wirkung meistens überhaupt nicht erkannt wird, wie verschiedene im Wortlaut angegebene Briefe von teils bekannten Wissenschaftlern vermuten lassen. Mancher leidet an diesen Beschwerden, nur weil vielleicht vor Jahren in seinem Schlafzimmer ein Thermometer zerbrach, das seine Hg-Kügelchen in die Fußbodenritzen verspritzte. Wie *His* in einer Anmerkung ausführt, soll an der 1. Medizinischen Poliklinik in Berlin eine Sondersprechstunde eingerichtet werden, die in einigen Wochen eröffnet wird. Dort sollen dann vom Internisten und Zahnarzt die vermutlichen Fälle geprüft, Urin nach *Stocks* Methode auf kleinste Hg-Mengen untersucht werden. *Siegfried*-Aachen.

Fortsetzung. M. Kl. 1926. 33.

Dieser zweite Teil beschäftigt sich mit den Gefahren der Amalgam-, besonders der Kupferamalgamfüllungen, die diese für Kranke wie behandelnde Zahnärzte in sich schließen. Verf. empfiehlt, wo erschwinglich, grundsätzlich auch Kindern schon Goldfüllungen machen zu lassen und den Kampf gegen alle Amalgamfüllungen mit Unterstützung der Zahnärzte durch Heraugsabe eines Quecksilbermerkblattes zu fördern.

Siegfried-Aachen.

J. B. Peterson: **Mercurials a proposed method of laboratory evaluation and classification.** Journ. americ. med. ass. 87. Nr. 4. 1926. **(Eine Laboratoriumsmethode zur Auswertung und Klassifikation von Quecksilberpräparaten.)**

Quecksilberverbindungen wurden in ihrem Einfluß auf die Hefe-Zuckergärung geprüft, wobei die die Gärung herabsetzende Wirkung mit der von Quecksilberchlorid verglichen wurde. Es zeigte sich dabei, daß

Digitized by Google

dieser Effekt im allgemeinen eine Funktion der Hg-Ionenkonzentration ist, wenn auch bei manchen Verbindungen andere Dinge mitzuspielen scheinen. *Memmesheimer*-Bonn.

Olessow: **Zur Ätiologie der Gangrän nach intramuskulären Injektionen bei Syphilis.** Venerologia u. Dermatologia 1926. Nr. 4.

Infolge einer Beobachtung von Glutäalgangrän nach intramuskulärer, 1½% iger Sublimatinjektion stellte Verf. Versuche an Fröschen an, welche die Richtigkeit der *Nikolsky*schen Ansicht bestätigten, daß die Gangrän tatsächlich durch das Eindringen eingespritzter Bestandteile in das Lumen einer Arterie hervorgerufen wird. *A. Jordan*-Moskau.

F. Fölsch-Bremen: **Klinische Erfahrungen mit dem Arsenpräparat 102.** D. W. Bd. 83. Nr. 39. 1926.

Nach einer Übersicht über die Ergebnisse mit Albert 102 an anderen Kliniken, die zum Teil zu konträren Ergebnissen gekommen sind, berichtet Verf. über seine eigenen Erfahrungen, die er an 38 Pat. mit Albert 102 gewonnen hat.

Die Einwirkung auf die Spirochäten war im allgemeinen langsamer als beim Salvarsan. In 2 Fällen gelang es nicht, dieselben zum Verschwinden zu bringen, erst mit Salvarsan und Wismut gelang dies. Die Wa.-R. wurde in der Mehrzahl der Fälle gut beeinflußt, ebenso gingen leichte Liquorveränderungen unter der Kur zurück. Die Verträglichkeit war im allgemeinen gut, selbst wenn die Lösungen längere Zeit aufbewahrt wurden. Vereinzelt traten Hautreizungen auf, die aber nicht zum Aussetzen der Behandlung zwangen. Salvarsandermatitiden konnten zweimal mit Albert 102 ohne jede Störung weiterbehandelt werden. *Krüger*-Sagan.

W. F. Winkel-Batavia: **Bekämpfung der Framboesia tropica mit Salvarsan.** D. W. Bd. 82. Nr. 26. 1926.

In den tropischen Ländern ist die Framboesia stellenweise so häufig, daß fast 90% der Bevölkerung davon befallen sind. Die Infektion erfolgt teils direkt durch das Sekret der Geschwüre, das massenhaft Spirochäten enthält, teils indirekt durch Fliegen. Späterkrankungen der inneren Organe und des Nervensystems sind nicht bekannt, aber durch die Geschwüre können scheußliche Verstümmlungen entstehen. Die holländische Regierung hat sich seit dem Jahre 1919 bemüht, der Seuche in Niederländisch-Indien zu Leibe zu gehen. Es galt zunächst die Abneigung der einheimischen Bevölkerung gegen die europäische Medizin zu überwinden, ein Unternehmen, das durch die glänzende Wirkung des Neosalvarsans wirksam unterstützt wurde. Infolge der großen Zahl der erkrankten Eingeborenen und der geringen Zahl der vorhandenen Ärzte mußte die Behandlung etwas schematisiert werden. Es wurden besondere Salvarsankolonnen ausgerüstet, die ins Innere des Landes gingen und die einzelnen Ortschaften im regelmäßigen Turnus von 7 Tagen 3—4 mal besuchten. Häufig trat dasselbe ein, was wir auch bei uns bei der Syphilisbehandlung erleben, nämlich nach einer Injektion halten sich die Kranken für geheilt und bleiben der weiteren Behandlung fern. Die Erfolge der Behandlung sind ausgezeichnet gewesen, in Gegenden, wo früher Hunderte von Kranken gespritzt wurden, finden sich nur noch 5—10 ein. Weil die Wirkung des Neosalvarsans so überzeugend war, hat man auch von den Eingeborenen

Digitized by Google

Bezahlung nach ihren Kräften für die Behandlung verlangt, und diese Einnahmen haben die Unkosten der Regierung für Medikamente und Spritzen völlig gedeckt.

Das in Deutschland von Laien und Kurpfuschern so viel gelästerte Salvarsan hat wieder in den Tropen einen glänzenden Siegeszug hinter sich.

Krüger-Sagan.

Cattier-Paris: **Beobachtung eines mit Malaria und Chemotherapie behandelten Falles von progressiver Paralyse.** The Urol. a. Cutan. Review 1926. Bd. 30. Nr. 8. S. 457.

Bei einer 30 jährigen Frau, die sich vor 13 Jahren infizierte, stellte sich nach einigen Vorboten plötzlich eine akute Krise ein: Desorientierung, Inkohaerenz der Gedanken usw. Nach 13 Malariaanfällen und nachfolgender Arsenbehandlung wesentliche Besserung. Nach 3½ Monaten Heilung und Entlassung aus dem Krankenhause. Später 2 Wismutkuren.

August Simon-Bonn.

I. Schükrij und *F. Kerim:* **Schutzpockenimpfung und Paralyse.** M. m. W. Nr. 22. 1926.

Gegenüber der Behauptung von *Daraskiewicz*, die Schutzpockenimpfung sei die Ursache für den Ausbruch der Paralyse, bringen die Verfasser die Krankengeschichte eines Mannes, der an sicherer Paralyse litt und gleichzeitig tiefgreifende Blatternnarben, aber keine Impfnarben am Arme zeigte. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

Ziemann: **Neueres aus dem Gebiete der Parasitologie, der tropischen Pathologie und der Infektionskrankheiten.** Sammelreferat. M. K. 26, 11.

Interessiert vornehmlich den sich mit Malariaimpfungen beschäftigenden Dermatologen. *Siegfried*-Aachen.

Johannessohn: **Rekurrensspirochäten und Salvarsan.** M. K. 1926, 42.

Buschke und *Kroo* hatten seiner Zeit mitgeteilt, daß nach der Salvarsanbehandlung rekurrensinfizierter Mäuse trotz anscheinender klinischer Heilung infektionstüchtige Spirochäten noch im Gehirn der Mäuse sich fanden. *Prigge* bemängelte hinsichtlich dieses Ergebnisses, daß nicht genug Salvarsan gegeben worden sein möchte, dann aber vor allem das Fehlen der Blutüberimpfung, die ja allein Aufschluß zu geben vermag über die Infektiosität des Blutes. Verf. berichtet nun kurz über seine einschlägigen Versuche mit Angabe einiger Tabellen. Er kommt zum Schluß, daß bei volltherapeutischer Salvarsandosis unmittelbar nach Infektion volle Heilung im Blut und Gehirn zu erzielen sei, daß aber, wenn sich die Spirochäten schon im Körper verbreiteten, nur noch das Blut, nicht mehr das Gehirn freizubekommen sei, daß endlich die im Gehirn überlebenden Spirochäten nicht salvarsanfest seien. *Siegfried*-Aachen.

J. Wagner-Jauregg-Wien: **Über gastrische Krisen der Tabiker und ihre Behandlung.** W. kl. W. Nr. 38. 1926.

Die gastrischen Krisen werden heute von den Neurologen nicht mehr als spezifischer Prozeß in der Nervensubstanz aufgefaßt, sondern infolge des luetischen Prozesses ist es zu dauernden Schädigungen des Nervengewebes gekommen. Exogene oder endogene Reize führen dann zum Zustandekommen der Krisen. Die spezifischen Heilmittel versagen meist,

Digitized by Google

und das Gros der Antineuralgica ist gewöhnlich auch wirkungslos. Die verschiedenen operativen Maßnahmen ergeben in einem großen Prozentsatz der Fälle entweder nur vorübergehende Besserung oder lassen den Prozeß völlig unbeeinflußt. Bedingt ist die Unsicherheit des Erfolges durch unsere mangelnden Kenntnisse des wirklichen Sitzes der pathologischen Veränderungen. Verf. hat bei vielen Fällen, die bisher durch keine Therapie zu beeinflussen waren, mit der Malariabehandlung günstige Erfolge erzielt. Wenn es auch zu Rezidiven kam, so besteht bei dieser Behandlung doch die Möglichkeit, sie zu wiederholen. *Krüger*-Sagan.

F. Kerim-Stambul: **Die Paralyse und die prophylaktische Rolle der Malaria bei syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems in der Türkei.** W. kl. W. Nr. 32.

Die statistische Erfassung des Paralysematerials in der Türkei ist noch äußerst lückenhaft. Erst seit 1920 ist das Material in der Irrenanstalt des Verf. genauer studiert worden. Die Aufnahmen an Paralysen betrugen 5,2% der Gesamtaufnahmen. Die Zahl der Männer betrug 160, der Frauen 30. Bei der Nationalität überwogen die Türken bei weitem. Der Hauptprozentsatz war im Alter zwischen 40—50 Jahren. Bei den Berufen war die Verteilung eine gleichmäßige, ein Überwiegen der geistigen Berufe war nicht feststellbar. Über eine Infektion war der Mehrzahl nichts bekannt, und infolgedessen hat auch nur selten überhaupt eine Behandlung stattgefunden. Die Behandlung der Paralyse mit Malaria bietet dort große Schwierigkeiten, da in vielen Fällen gar keine Infektion zu erzielen ist. In anderen Fällen erlischt die Infektion nach einigen Fieberattacken wieder von selbst. Diese Erscheinungen sind wohl dadurch zu erklären, daß in gewissen Gegenden die Malaria endemisch ist. *Krüger*-Sagan.

K. v. Berde-Szeged: **Therapeutische Versuche mit Impfmalaria bei Syphilis.** D. W. Bd. 83. Nr. 39. 1926.

Im Gegensatz zu der therapeutischen Anwendung der Impfmalaria bei frischer Lues nach einer vorangegangenen Salvarsanbehandlung (*Kyrle*), hat Verf. die Wirkung der Impfmalaria allein auf den Verlauf der Lues studiert. Es zeigte sich, daß sie in der Mehrzahl der Fälle die Frühsyphilis in allen ihren klinischen Erscheinungsformen günstig beeinflussen kann. Die Spirochäten verschwanden nach einer Anzahl von Anfällen aus den Primäraffekten und Papeln. Die Exantheme blaßten nach anfänglicher Steigerung ab und bildeten sich zurück. Die Impfmalaria entspricht in ihrer Wirkung auf die luetischen Erscheinungen etwa der Wirkung des Wismut. Die Wa.-R. wurde fast niemals durch die Malaria beeinflußt, sie blieb meist positiv. Zweimal traten auch schon wenige Tage nach der Kupierung der Anfälle luetische Rezidive auf, die später durch Salvarsan schwer zu beeinflussen waren. Die Impfmalaria beeinflußt also den Verlauf der allgemeinen luetischen Infektion des Organismus nur ungenügend, daher ist zur Therapie eine reine Malariakur nach den Erfahrungen des Verf. nicht zu empfehlen, sondern immer erst nach dem Vorschlag von *Kyrle* nach vorangegangener Salvarsankur. *Krüger*-Sagan.

J. Liefschütz: **Zur Behandlung der progressiven Paralyse mit Lipoiden.** Klinitscheskaja Medicina 1926. Bd. 4. Nr. 8.

In 20 Fällen von syphilitischen Störungen des Zentralnervensystems, darunter 17 von progressiver Paralyse, 2 von Taboparalyse und 1 von

Digitized by Google

Lues cerebri, erzielte Verf. durch Injektionen von Lipoiden in 15 eine entschiedene Besserung des physischen, darunter in 7 auch eine gute Besserung des psychischen Zustandes. In 5 Fällen trat eine geringe Besserung ein. Verf. rät, der Lipoidbehandlung bei progressiver Paralyse mehr Aufmerksamkeit zu schenken, da die Malariabehandlung nicht ungefährlich ist und doch nur bei der maniakalischen Form der progressiven Paralyse von Wert ist. *A. Jordan.*

U. Cerchiai: **Die Arnethsche Blutformel bei frischer Syphilis und in ihren Beziehungen zu den intravenösen Injektionen von Arsenobenzolpräparaten.** Giorn. ital. di Dermatol. 1926. H. 4. S. 1249.

Bei primärer und frischer Syphilis ergibt die Blutuntersuchung in der Mehrzahl der Fälle eine Lymphozytose und eine Verschiebung der *Arneth*schen Formel nach links; diese Veränderungen stehen offenbar nicht in Beziehungen zu dem Ausfall der Wa.-R.

Jeder einzelnen Arsenobenzolinjektion entspricht eine Zunahme der Leukozyten in toto, eine Vermehrung der polynukleären Neutrophilen in der Leukozytenformel und eine Verschiebung der *Arneth*schen Formel nach links; diese Veränderungen sind nur vorübergehend.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

C. Levaditi: **État de nos connaissances sur la chimiothérapie moderne de la syphilis.** Acta dermato-vén. Bd. VII, 2. 1926.

Die Einzelheiten dieses am 8. 3. 26 vor einer Gesellschaft schwedischer Ärzte gehaltenen Vortrages entziehen sich dem Referate und müssen im Original nachgelesen werden. *Arthur Alexander*-Berlin.

B. Dujardin-Brüssel: **Le rôle de l'anaphylaxie en dermatologie et en syphiligraphie.** Acta dermato-vén. Bd. VII, 2. 1926.

Im Original nachzulesen. *Arthur Alexander*-Berlin.

A. Crosti: **Weitere Untersuchungen über das Verhalten des menschlichen Blutserums in vitro und unter dem Ultramikroskop bei Anwesenheit von Arsenobenzolen.** Giorn. ital. di Dermatol. 1926. H. 4. S. 1266.

In Fortsetzung seiner früheren Untersuchungen kommt *Crosti* zu folgenden Ergebnissen: Eine Reaktion in dem kolloidalen Komplex des aktiven Serums und Arsenobenzols ist immer vorhanden; sie äußert sich in deutlicher Weise durch starke Trübung der Flüssigkeit und noch mehr durch deutliche Ausflockung; ist sie schwächer, so beobachtet man bei klarem Serum mit dem Ultramikroskop eine veränderte kolloidale Dispersion der Teilchen. Jedes Arsenobenzol besitzt ein Verdünnungsoptimum, bei dem das Phänomen leicht zu erreichen ist; dieses Optimum ist bei verschiedenen Seren desselben Präparates verschieden. Mit klinisch mehr toxischen Seren des Neojakols kann man bei noch stärkeren Verdünnungen eine Ausflockung erzielen als mit nichttoxischen Seren. Das bei diesen Serumreaktionen erhaltene Präzipitat kann sich bei einem Überschuß von Serum, aber besonders bei einem Überschuß von Arsenobenzolen lösen; seine Wiederauflösung in vitro erfolgt aber vollständig nur durch die Wirkung anderer Faktoren.

Die Ausflockung wird sicher begünstigt durch die Azidität der Umgebung, aber für die Präparate vom Typus des Neojakols mit deutlich alkalischer Reaktion sind die Wasserstoffionenkonzentration und die

Digitized by Google

Viskosität des Mittels nicht genügend, um einerseits das größere Ausflockungsvermögen, andererseits die größere klinische Giftigkeit zu erklären.

Diese Flockungsreaktionen in vitro können in der Tat dazu dienen, die Toxizität eines Arsenobenzolpräparates zu entschleiern, denn toxische Neojakolseren gaben einen größeren Prozentsatz und eine größere Stärke der Reaktion als gut verträgliche Seren.

Die Seren von Syphilitikern mit positiver Wa.-R. geben besonders in Perioden der Verallgemeinerung der Infektion mehr starke Präzipitierung in vitro; dasselbe gilt für Seren von Patienten, die die Arsenobenzole schlecht vertragen. Dieser Befund ist aber nicht zu verallgemeinern, denn die Ausflockung, welche man in vitro beobachtet, braucht nicht notwendig vorhanden zu sein, um die Intoleranzerscheinungen unmittelbar nach der Injektion hervorzurufen, und ist noch weniger ein sicherer Fingerzeig für diesen klinischen Symptomenkomplex. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

U. Müllern-Aspegren-Stockholm: **Experiences in Gennerichs Endolumbar-Treatment. (Erfahrungen mit Gennerichs Endolumbal-Behandlung.)** Acta dermato-vén. Bd. VII, 2. 1926.

44 Fälle: 10 von chronischer Meningitis (3 Früh-, 7 Spätfälle) 8 von Lues cerebri resp. cerebrospinalis, 18 von Tabes (9 leichte, 9 schwere), 8 von beginnender Dementia paralytica. Eingehende Besprechung aller Fälle, deren Einzelheiten sich der Wiedergabe im Referat entziehen. Nach Ansicht des Verf. sollte die endolumbale Behandlung wenn möglich angewendet werden 1. bei Meningitis, falls die Infektion länger als ein Jahr zurückliegt oder bei kürzerer Infektionszeit dann, wenn die intravenöse Therapie ungenügend gewirkt hat. Die akute meningeale Reizung bei der Frühsyphilis verschwindet im allgemeinen unter intravenöser Behandlung, hier ist die endolumbale unnötig. 2. Bei zerebrospinaler Lues oder Tabes mit meningealer Irritation oder in anderen Fällen, wo die intravenöse Therapie versagt hat. 3. In den Frühstadien der Paralyse, besonders wenn Fieberbehandlung nicht möglich ist. *Arthur Alexander*-Berlin.

Mönch: **Über die endolumbale Anwendung des Afenils in der endolumbalen Salvarsanbehandlung nach Gennerich bei Paralyse.** M. m. W. Nr. 28. 1926.

5 ccm Afenil wurden der mit Salvarsan gemischten Liquorportion hinzugefügt und in den Lumbalsack gebracht. Dieser Zusatz bewirkte eine Herabsetzung der Unruhe, die oft im Anschluß an die Behandlung einzutreten pflegte, sowie eine Verschiebung der Temperaturerhöhung um 24 Stunden und Herabsetzung in der Höhe und Dauer derselben.

J. Weinstock-Charlottenburg.

Nonne und *Pette:* **Kritische Bemerkungen zum Aufsatz von Dr. Otto Nast „Kurzgefaßte Indikationsstellung für die endolumbale Behandlung der Syphilis aller Stadien".** M. K. 1926, 40.

Verfasser warnen vor den *Nast*schen Gedankengängen in Nr. 21 dieser Zeitschrift, die glauben machen möchten, als ob nun „das Gespenst der metaluischen Erkrankungen, der Tabes und Paralyse, verschwunden sei". Denn diese Komplikationen bekommen ja die Dermatologen relativ seltener zu Gesicht als die Neurologen. Ein so energisches Vorgehen, wie *Nast*

Digitized by Google

es bei positivem Liquor bis zu dessen Negativwerden empfiehlt, ist gar nicht nötig, da erstens 70% aller Frühluesfälle Liquorveränderung zeigen, und da zweitens von diesen 70 % der größere Teil auch ohne entsprechende Behandlung ausheilt. Es gibt Fälle genug, in denen man ein Negativwerden nie erreichen kann durch noch so energische endolumbale Behandlung, und die nach Jahr und Tag spontan negativ werden. Auch der *Nast*sche Ausdruck: Liquorlues, der jede sonstige klinische luetische Veränderung ausschließen will, ist irreführend, denn jedem kranken Liquor entspricht ein anatomisch-histologischer Befund am Zentralnervensystem. Dazu Fall. Die geringen endolumbal applizierten Neosalvarsanmengen kommen schwerlich mit dem Liquor in alle Winkel des Zentralnervensystems, wie die *Spatz*schen Versuche mit Methylenblau beweisen, außerdem scheidet der Liquor jeden Fremdkörper, auch demnach Neosalvarsan, schnell aus. Die an 100 endolumbal mit Salvarsan in früheren Jahren behandelten Fälle *Nonnes* zeigten keinen besonderen Unterschied gegen die sonstigen Behandlungsmethoden. Dagegen kommen direkte Salvarsanschäden am Rückenmark vor: Myelitis transversa und Konusschäden mit Exitus. Die überhaupt heilbaren Fälle von Neurolues heilen prompt auf Hg und Jod, die anderen sind konstitutionell prädestiniert. Liquorbefund und Prognose lassen sich nicht kombinieren, denn keinesfalls ist ein sanierter Liquor ein „Freibrief gegen spätere Metalues". Wegen der Punktions-Hypochondrie sollte man sich überhaupt auf das „unbedingt Nötige" beschränken. Aus dem Liquorbefund, wie *Nast* es will, allein die Differentialdiagnose zwischen Lues cerebri und Paralyse zu stellen ist zur Zeit unmöglich. Im Gegensatz zu *Nast* aber legen Verfasser sich für den Wert der Malariabehandlung ins Zeug. Im übrigen aber ist *Nast* recht zu geben, wenn er auf das körperliche Befinden des Kranken während der Kur entscheidenden Wert legt, denn für die Prognose ist die Konstitution das Entscheidende. Noch immer gilt das alte Wort von *Benedickt* als zu Recht bestehend: „Tabicus nascitur, non fit". *Siegfried*-Aachen.

Kaplun: **Über Arthropathien nach Salvarsan.** Venerologia u. Dermatologia 1926. Nr. 5.

Obgleich in den 3 beschriebenen Fällen von Arthropathien bei Syphilitikern nach spezifischer Behandlung dieselben nach kombinierter Behandlung (Bi + NS) auftraten, spricht Verf. dieselben doch dem NS und nicht dem Bi zu, da sie nach Art einer Serumkrankheit waren und wohl als kolloidklonischer Shok aufzufassen sein dürften. *A. Jordan.*

E. Pollak: **Gibt es Salvarsanschäden des Nervensystems, und welches sind ihre Ursachen?** W. kl. W. Nr. 35. 1926.

Man unterscheidet zwei Typen der Schädigungen des Nervensystems durch Salvarsan, nämlich den spinalen und zerebralen. Bei dem zerebralen sind wieder zwei Manifestationsformen zu unterscheiden, die Hirnpurpura und spezifisch entzündliche Veränderungen der Nervensubstanz. Während die erste Form bei Primäraffekten vorkommen kann, setzt die zweite ein Eindringen von Spirochäten in das Nervengewebe voraus. Beide beruhen wohl auf einer Giftwirkung des Salvarsans auf die Gefäßwand selbst und das Gefäßnervensystem. Vermeiden werden sich diese Schädigungen wohl niemals ganz lassen, aber vorsichtige Dosierung des Salvarsans, besonders bei den ersten Injektionen, ist angebracht. Da sich Natriumthiosulfat

Digitized by Google

bei den anderen Salvarsanschädigungen (Dermatitis, Ikterus) gut bewährt hat, wäre ein Versuch bei den nervösen Schädigungen ebenfalls angebracht. *Krüger*-Sagan.

S. N. Grschebin und *J. B. Lipskerow:* **Chlorkalzium als die toxischen Eigenschaften des Neosalvarsans unschädlich machendes Mittel.** D. W. Bd. 83. Nr. 32. 1926.

Tierexperimentell wurde festgestellt, daß die toxische Dosis für Neosalvarsan bei seiner Auflösung in einer ½% igen Chlorkalziumlösung nicht größer ist als für Neosalvarsan in Wasser. Diese Erfahrungen bestätigten auch die klinischen Beobachtungen. Danach traten ebenfalls Nebenerscheinungen in Form von Kopfschmerzen, Fieber, Übelkeit und Erbrechen auf, wie bei dem gewöhnlichen Neosalvarsangemisch. In einzelnen Fällen allerdings war die Verträglichkeit besser. Auf die klinischen Erscheinungen war die Wirkung annähernd gleich. Die Seroreaktion wurde bei alleiniger Verabfolgung von Neosalvarsan in Chlorkalziumlösung durch die Kur nur in geringem Maße beeinflußt. Alles in allem läßt sich sagen, daß die Neosalvarsan-Chlorkalziumlösung in keiner Weise durch seine Wirkung auf die klinischen Erscheinungen, die Wa.-R., und durch seine Nebenwirkungen vom Neosalvarsan in Wasserlösung sich unterscheidet. *Krüger*-Sagan.

St. Szandicz-Wien: **Über die klinische Bedeutung der Konjunktivalinjektion als Salvarsanintoleranzsymptom.** W. kl. W. Nr. 26. 1926.

Bei einer Pat., die an einer Lues latens mit positiver Seroreaktion litt, stellten sich bei der vierten Kur in unmittelbarem Anschluß an jede Salvarsaninjektion eine starke Injektion der Conjunctiva bulbi und des unteren Augenlides des rechten Auges, etwa 15 Minuten anhaltend, ein. Ab und zu trat auch Tränenträufeln auf. Bei der folgenden Kur traten dann auch noch starke Gelenkschmerzen in fast allen größeren Gelenken auf, ohne daß klinisch an den Gelenken irgendwelche Veränderungen nachweisbar waren. Die Konjunktivalinjektion ist wohl als fixes Erythem zu deuten, aber es ist in der deutschen Literatur nur selten beschrieben. Es scheint neben dieser passageren Form auch eine stabile zu geben. Fast regelmäßig deutet die Konjunktivalreaktion auf eine gewisse Unverträglichkeit des Salvarsans hin, und wenn es in dem oben beschriebenen Fall auch nicht zu dem Ausbruch einer Dermatitis gekommen ist, so lassen die auftretenden Gelenkschmerzen ebenfalls auf eine Schädigung schließen. *Krüger*-Sagan.

A. Landesmann und *J. Worowitzky*: **Ergebnisse der Nachprüfung der Dietelschen Methode zur Vorbeugung und Behandlung entzündlicher Erscheinungen bei Salvarsaninfiltraten.** M. m. W. Nr. 35. 1926.

Verf. prüfte die von *Dietel* angegebene Methode zur Behandlung von Salvarsaninfiltraten, die in einer sofortigen Aspiration der paravenös gegangenen Flüssigkeit und darauffolgender Injektion von 10 ccm steriler physiologischer Kochsalzlösung in das Infiltrat und in das umgebende Gewebe besteht, an 16 Fällen nach. Bei 15 Fällen trat ein ausgezeichneter Erfolg ein, die Schmerzen ließen alsbald nach, von dem Infiltrat war schon am folgenden Tage nichts mehr zu fühlen. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

K. Bardach: **Gibt es einen echten Salvarsan-Spät-Ikterus?** M. m. W. Nr. 30. 1926.

Im Gegensatz zu *Zieler*, der einen echten Salvarsanikterus für sehr selten und nur als Frühikterus zugibt, teilt der Autor 2 selbst beobachtete

Digitized by Google

Fälle mit, die 2 Monate nach Beendigung der Salvarsankur an einem Ikterus erkrankten. Es handelte sich bei dem 1. Fall um einen Mann, der bei stets negativer Wa.-R. eine Präventivkur durchgemacht hatte, im 2. Falle lag aller Wahrscheinlichkeit nach auch keine Lues vor. Irgendwelche andere Ursachen für die Entstehung eines Ikterus waren ebenfalls nicht vorhanden.

J. Weinstock-Charlottenburg.

Anatol Kartamischew: **Der Einfluß des Salvarsans auf die Leberfunktion.** Arch. f. Dermat. u. Syph. 147. Bd. S. 100.

Das Salvarsan, dessen störende Einwirkung auf die Leber sich durch Auftreten der Leberlipase im Blutserum zeigt, bringt durch mehrfache Injektionen eine kumulative Wirkung zustande, die sich in der Dauer der Leberlipasen-Anwesenheit im Serum ausdrückt. Entsprechend der Salvarsan-Dosis und den einzelnen Salvarsanpräparaten ist die Einwirkung verschieden. In Traubenzucker gelöstes Salvarsan wirkt kürzer auf die Leber ein als in Aqua dest. gelöstes.

Naß-Stolp.

Ismail Sade: **Die funktionelle Prüfung der Leber bei Syphilis wie bei Salvarsanikterus und ihre Bedeutung zur Vorbeugung der schädlichen Wirkung des Salvarsans.** Venerologia u. Dermatologia 1926. Nr. 5.

Verf. stellte, teils an der Klinik von Prof. *v. Zumbusch* in München, teils an der Klinik von Prof. *Tschlenow* in Baku, bei 100 Kranken mit Syphilis, nach der Methode von *Vogl-Zins*, Bilirubinuntersuchungen im Blute an und erhielt folgende Resultate:

1. Die *Vogl-Zins*sche Reaktion fiel positiv aus: bei Lues I in 2,2 %, bei Lues II in 22 %, bei Lues latens in 44% und bei Lues III in 1,5%.

2. Die genannte Reaktion blieb bei 31 % der Kranken von Anfang bis zu Ende der spez. Behandlung negativ, war bei 39 % der Kranken zu Beginn der Behandlung negativ und wurde zum Schluß positiv, war bei 16% der Kranken von Beginn bis zum Schluß der Behandlung positiv, und wurde in 14%, bei positivem Ausfall zu Beginn der Behandlung, zum Schluß negativ.

A. Jordan.

Franz Wirz-München: **Umwandlung eines nässenden Unterschenkelekzems in eine Lichen verrucosus-artige Dermatitis durch Salvarsantoxikose.** A. f. D. Bd. 149. S. 63—70.

Bei einer Wäscherin, die seit Jahren an einem Ekzema e varicibus beider Beine leidet, trat im Anschluß an eine Salvarsan-Wismutkur ein toxisches Exanthem auf. Während seines Bestehens wandelten sich die bis dahin nässenden Ekzemstellen der Unterschenkel in Lichen ruber verrucosus-ähnliche Gebilde um. Klinisch völlig dem Lichen analog, zeigten sie sich im Verlauf weniger hartnäckig, histologisch mehr akut entzündlich und ödematös. Im Unterschied von früher beschriebenen lichen ruberähnlichen Salvarsanexanthemen zeigte sich die Umwandlung nur im Bereich des schon vorher bestehenden Ekzems. Ursache ist also das Zusammentreffen von Ekzem, einer primären Hautstoffwechselschädigung, und toxischem Exanthem; und zwar könnte man den Vorgang entweder im Sinne *Herxheimers* als Folge der durch die Ekzemtherapie bewirkten Heilungstendenz (Überkompensation) oder im Sinne *Bettmanns* durch Disposition erklären.

Hopf-Hamburg.

Digitized by Google

E. Freund: **Beitrag zum Studium der lichenoiden Salvarsanexantheme.** Giorn. ital. di Dermatol. 1926. H. 4. S. 1198.

Nach einem ausführlichen Referat über die Lichen ruber-ähnlichen Salvarsanexantheme teilt *Freund* eine eigene Beobachtung mit. Das Exanthem trat nach einer Serie intravenöser Neosalvarsaninjektionen auf, verbreitete sich schnell über den Körper, war symmetrisch verteilt und entsprach histologisch und klinisch einem typischen Lichen ruber. Die körperliche Untersuchung ergab einen normalen Befund. As konnte in Haut und Blut nicht nachgewiesen werden, aber der Urin von 48 Stunden ergab eine stark positive Reaktion. Das über den ganzen Körper bis auf Kopf, Hände und Füße ausgebreitete Exanthem besteht aus centesimi- bis fünfliregroßen runden oder ovalen Plaques von roter bis rot-blauer bis braun-schiefergrauer Farbe. Die Plaques sind durch Konfluenz lichenoider Knötchen entstanden, wie sie sich jetzt noch an Penis, Skrotum und Perineum finden, am übrigen Körper bestehen nur die großen Plaques oder ringartigen Bildungen. Auf der Mundschleimhaut ähnliche Veränderungen wie bein Lichen ruber planus. *Histologisch:* Sehr starke Hyperkeratose in die Drüsenfollikel eindringend mit folgender Atrophie der Talgdrüsen, der Haare und kolloidaler und zystischer Degeneration der Schweißdrüsen und kolloider der Glomeruli. Stratum granulosum hypertrophisch, Stratum Malpighi hypertrophisch mit Ödem und vor allem kolloider Degeneration. Die pigmentfreien Basalzellen haben ihre zylindrische Form verloren und sind zum Teil durch Einwanderung kleinzelliger Elemente zerstört. Die Papillen sind durch Ödem erweitert; die vermehrten Blutgefäße sind dilatiert und weisen schwere Veränderungen an den Endothelien auf. Hyaline Degeneration der Bindegewebsfasern des Corpus papillare. In den Papillen und Corpus papillare dichtes Infiltrat aus Lymphozyten, Bindegewebszellen, spärlichen Leukozyten und viel Mastzellen, welches aber nicht in die Tiefe den Blutgefäßen folgt und die Follikel und Drüsen umgibt. Pigmentreichtum der Papillen und des Stratum subpapillare.

Der Verlauf des Falles war ein schwerer. Die Affektion nahm nach und nach auf Haut und Schleimhaut des Mundes und Ösophagus einen pemphigoiden Charakter an, welcher den Patient durch seine Leiden zum Suizid trieb. Bei der Sektion fanden sich alle Organe normal bis auf die Leber, welche fettige Degeneration und in geringerem Grade parenchymatöse Degeneration aufwies. Therapeutisch bewirkten nur Natriumthiosulfatinjektionen eine leichte, aber vorübergehende Besserung.

Mit Rücksicht auf den Sektionsbefund mit der auch histologisch nachgewiesenen fettigen Degeneration der Leber nimmt *Freund* an, daß die Veränderungen durch das Neosalvarsan hervorgerufen wurden und nicht durch die Syphilis. Was die Pathogenese dieses speziellen lichenoiden Typus betrifft, so schließt er sich den Theorien von *Buschke-Sklarz* und *Jadassohn* über den Lichen ruber an, bemerkt aber, daß diese nicht ganz die Pathogenese seines Falles aufklären. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Gonorrhöe.

Allgemeine Symptomatik. Kasuistik.

Benthin: **Die Indikationsstellung bei genitalen Ausflüssen. M. K. 1926, 45.**

Erste Frage: Liegen Neubildungen vor? Entzündlicher oder nicht entzündlicher Ausfluß? In entzündlichen Fällen bei nicht geklärter Dia-

Digitized by Google

gnose konservatives Verhalten. Bei Klärung der Diagnose Vulvitis und Kolpitis entsprechend behandeln, dagegen der Zervix gegenüber im akuten Zustand zurückhaltend sein. An Zervixriß denken! Im chronischen Stadium der entzündlichen Zervixerkrankung neben Vakzinetherapie lokal arbeiten ohne Polypragmasie. Noch größere Zurückhaltung bei akutentzündlichen endometritischen Katarrhen, bei chronischen soll man versuchen, möglichst mit Blutentziehung, Glyzerineinlagen auszukommen. Direkte Beeinflussung ultima ratio. Bei behindertem Eiterabfluß aus Uterus natürlich für Abfluß sorgen. Bei nicht entzündlichen Ausflüssen an Konstitution denken (Diabetes, Chlorose, Basedow); daneben sexueller Abusus.

Hier kommen außer diätetischen, klimatischen Mitteln auch vielleicht lokale Mittel nach genauester Diagnose in Betracht. Von Röntgenbehandlung des Ovariums oder Hypophyse will Verf. nichts wissen, da eher gefährlich. *Siegfried*-Aachen.

Benthin: **Die Indikationsstellung bei genitalen Blutungen.** M. K. 1926. 46.

Behandelt nur Dinge, die in die Hand des Frauenarztes gehören. *Siegfried*-Aachen.

Benthin: **Indikationsstellung bei der Dysmenorrhöe.** M. K. 1926, 47.

Gleichfalls nur Gynäkologisches. *Siegfried*-Aachen.

N. Haltrecht: **Diagnose und Hygiene der Gonorrhöe bei den Juden des Altertums.** A. f. D. 150, S. 134.

Der Unterschied zwischen Spermatorrhöe und Gonorrhöe ist beschrieben, nebst therapeutischen Maßnahmen und Zwangsisolierungen. *Zemplenyi*-Hamburg.

Kopp: **Wiederholter Befund von Gonokkokken und Influenzabazillen bei einer Pyelitis.** D. m. W. 1926. Nr. 43.

Kultureller Nachweis von Gonokokken und Influenzabazillen aus dem Katheterurin einer Patientin mit Pyelitis und Weiterzüchtung auf Spezialnährböden. Das hämoglobinophile Stäbchen wuchs im Verein mit den Gonokokken auch auf vollkommen hämoglobinfreien Nährböden. Seine Identität mit dem Influenzabazillus wurde auch durch die Agglutinationsprobe erbracht. *O. Dittrich*-Kiel.

P. G. van Putte-Utrecht: **On the resistance of Gonococci in Regard to Temperatures above 37° C in correction with Diathermy. (Über die Resistenz von Gonokokken bei Temperaturen über 37°, insbesondere auch bei Diathermie.)** Acta dermat.-vén. Bd. 7, 2. 1926.

Die Widerstandsfähigkeit der Gonokokken in vitro ist viel größer, als gewöhnlich vermutet wird. Verf. konnte noch bei 41,5° C Gonokokken züchten und nach 6 Stunden Hitzeeinwirkung von 45° war noch eine große Menge der Röhrchen unzerstört. Die Resistenz der Gonokokken war für Diathermie ebenso groß wie für andere Wärmequellen. *Arthur Alexander*-Berlin.

Furmanow: **Urethritis gonorrhoica bei Knaben.** Wratschebnoje Delo 1926. Nr. 21.

Beschreibung von 11 unter Knaben im Alter von 9—15 Jahren in Charkow beobachteten und durch Geschlechtsverkehr erworbenen Fällen

Digitized by Google

von Tripper. In der Mehrzahl, in 8 Fällen handelte es sich um obdachlose Knaben. Bei den erkrankten Knaben waren die Geschlechtsorgane bei 4 völlig entwickelt, bei 4 in der Entwicklung begriffen und bei 3 unentwickelt. In bezug auf den Verlauf der Krankheit ist zu bemerken, daß die Inkubation bei allen 3—5 Tage betrug, daß bei Knaben mit langer Vorhaut sich zuerst die Erscheinungen von Balanitis und dann erst von Urethritis einstellten, daß sich ein rel. früher Übergang auf die hintere Harnröhre in einigen Fällen konstatieren ließ, daß aber der Verlauf, wohl infolge des anatomischen Baues der kindlichen Urethra, ein verhältnismäßig günstiger war. Prostatitis wurde nur in einem Falle, und zwar bei dem 15 jähr. Knaben beobachtet, Phimose öfter, die aber schnell verging; in einem Fall Paraphimose. Ruhe, strenge Diät und rationelle Behandlung beförderten die schnelle Heilung. Gonokokken fanden sich zu Beginn in allen Fällen.

A. Jordan.

R. B. H. Gradwohl: **The diagnosis of gonorrhea by culture. (Die Diagnose der Gonorrhöe durch die Kultur.)** Journ. americ. med. ass. 87, Nr. 4. 1926.

Die genaue Beschreibung des Nährbodens muß aus dem Original entnommen werden. *Memmesheimer*-Bonn.

E. A. Burmeister und *P. Cahn:* **Über die Häufigkeit der Epididymitis non gonorrhoica.** M. m. W. Nr. 36. 1926.

Unter 41 Fällen von Epididymitis, die während eines halben Jahres von den Verfassern beobachtet wurden, fanden sich 10 Fälle von Epididymitis non gonorrhoica. Die Epididymitis non gonorrhoica ist also eine nicht seltene Komplikation der Urethritis simplex, besonders wenn eine allzu energische oder ungeschickte Behandlung, z. B. bei Annahme des Vorliegens einer Gonorrhöe, eingeleitet wird.

J. Weinstock-Charlottenburg.

H. G. Rottmann-Düsseldorf: **Ist mit dem Gonotest Julia eine Vereinfachung oder Verbesserung der Diagnose der weiblichen Gonorrhöe zu erreichen?** D. W. Bd. 83. Nr. 32. 1926.

Die Nachprüfung der von *Danin* angegebenen Befunde mit den Gonotestfingerlingen ergab zum größten Teil wesentlich abweichende Ergebnisse. Zunächst ist die Ablesung des Farbenumschlages der Lackmusstreifen nicht ganz einfach. Besonders die Untersuchungen an Prostituierten ergaben fast regelmäßig stark saure Reaktionen, trotzdem fast regelmäßig eine chronische Zervixgonorrhoe vorlag. Durch die regelmäßigen, teilweise sehr starken Spülungen wurde dies Resultat erreicht. Die Gonotestfingerlinge sind wohl in keiner Weise geeignet, die regelmäßige Entnahme von Präparaten zu ersetzen. *Krüger*-Sagan.

Lindner: **Ist die Gonotestreaktion für die Diagnose der weiblichen Zervixgonorrhöe verwertbar?** M. K. 1926, 34.

Entgegen *Danin*, der die Verwertbarkeit obigen Testmittels unterstrich, kommt Verf. zum gegenteiligen Standpunkt. (Obige Untersuchungsmethode verwertet die alkalische bzw. saure Reaktion des Sekretes.) Bei auf Grund obiger Gonotestreaktion „geheilten" Fällen ließen sich wieder Gonokokken nachweisen. Also für Zervixgonorrhöe wenigstens versagt dies neue Reagens. *Siegfried*-Aachen.

Digitized by Google

Ludwig Levy-Lenz: **Ätiologie der Harnröhren-Strikturen.** M. K. 1926, 44.

Als Prädilektionsstellen der Harnröhrenstrikturen sind dem Verf. aufgefallen die Stelle, wo die Fossa navicularis in die Pars cavernosa übergeht und dann die, wo außen die Hodensackhaut ansetzt. Verf. nimmt als provozierende Ursache an bei ersteren Strikturen Verletzungen durch die Urethraspritze, als Ursache letzterer Schnürung durch schlecht sitzendes Suspensorium, letzteres um so mehr, als die hinteren Strikturen meistens an der hinteren Urethrawand sitzen sollen. *Siegfried*-Aachen.

Wollf: **Beitrag zur Biologie des Gonokokkus.** M. K. 1926, 42.

In der Vagina kommen keine Gonokokken vor. Die Entnahme von Untersuchungsmaterial soll besonders von Urethra und Zervix geschehen, nachdem mehrere Stunden zuvor nicht uriniert wurde. Verf. empfiehlt dazu den nach *Asch* bei Härtel-Berlin zu beziehenden Doppellöffel. Während in unkomplizierten Fällen im allgemeinen die bequeme Methylenblaufärbung genügt, ist sie unbrauchbar bei chronischer Gonorrhöe, bei latenten Fällen und zum Nachweis der Heilung. Dafür ist in letzteren Fällen die Grammethode heranzuziehen, für die Verf. Verbesserungen angibt, die das Verfahren auch für die Sprechstunde ausführbar machen sollen. Einzelheiten sind nachzulesen. Weitere Untersuchungen ergeben, daß gramnegative Gonokokken in grampositive umschlagen können; es kommt sogar vor, daß von einem Zwillingspaar der eine Gonokokkus rein rot, der andere violett oder blau erscheint (bunte Kulturen). Im großen und ganzen hat man den Eindruck, als ob die grampositiven Gonokokken mehr harmlose Schmarotzer geworden seien, die bei Übertragungen höchstens leichte Katarrhe machen. Es steht aber noch aus, ob nicht diese grampositiven harmlosen Gonokokken sich wieder in die infektiösen gramnegativen verwandeln können durch Veränderung des Nährbodens vom Träger.

Keinesfalls ist der Gonokokkus als ausschließlich aërob anzusehen, er kann in der Tiefe von Prostata, Tuben usw. anaërob leben und sich mit Gewebssauerstoff begnügen, daher brauchen z. B. Prostataabszesse nicht immer verklebte Gänge zu sein, sondern können richtige Abszesse darstellen. Verimpfungen von lebenden Kulturen machen vor allem leicht am Scheideneingang langdauernde sehr schleichende Abszesse, in denen Verf. ausnahmslos im Gegensatz zu *Loeser* typische intrazelluläre gramnegative Gonokokken fand, also auch hier anaërobes Leben. Wieder ist auch in dieser Arbeit der Hinweis sehr wichtig, daß beim Setzen solcher Abszesse refraktäre Gonorrhöefälle auffallend schnell heilen. Es werden an solchen Abszeßstellen eben dauernd neue Abwehrstoffe gebildet, bis die Menge genügt, alle Gonokokken des Körpers zu vernichten. *Siegfried*-Aachen.

C. Stern-Düsseldorf: **Über Pelveoperitonitis gonorrhoica beim Manne.** D. W. Bd. 83. Nr. 37. 1926.

Das so benannte Krankheitsbild ist bei der Frau schon lange bekannt und eingehend beschrieben. Verf. hat nun die Verhältnisse beim Manne einer Untersuchung unterzogen und kommt zu der Anschauung, daß es dort ebensolche Erscheinungen gibt. Verf. versteht darunter Veränderungen, die sich an der Prostata zunächst in einer ödematösen Schwellung der ganzen Drüse und einer serösen Durchtränkung der ganzen bindegewebigen Umgebung äußern. Dann kommt es zu brettharten Verdickungen, die sich

Digitized by Google

seitlich und oben auf die Beckenwand fortsetzen und meist nicht sicher abzugrenzen sind. Dadurch wird die Prostata, weil sie in dieses derbe Gewebe fest eingebettet ist, so gut wie unbeweglich und ruft eben auch subjektive Symptome, die sich in Harndrang und Druckgefühl äußern können, aber manchmal auch völlig fehlen können, hervor. Gelangen diese Prozesse allmählich zur Ausheilung, so kann man sie meist noch lange Jahre, ähnlich wie bei der Frau, als derbe Stränge rektal palpieren. Therapeutisch empfehlen sich weniger Massagen, als Hyperämie in Form von Diathermie vom Rektum aus. *Krüger*-Sagan.

Breiger-Hamburg: **Metastatische Augenerkrankungen bei Gonorrhöe.** D. W. Bd. 83. Nr. 45. 1926.

Die metastatische gonorrhöische Iridozyklitis ist nicht so selten, wie allgemein angenommen wird. Sie ist die Folge einer chronischen, nicht ausgeheilten Urethritis und besonders auch einer Prostatitis, deren Nachweis oft nur nach einer Provokation gelingt. Sie tritt meist erst viele Jahre nach der Infektion auf und neigt, wenn es nicht gelingt, den gonorrhöischen Prozeß zur Ausheilung zu bringen, zu häufigeren Rezidiven. Charakteristisch für die gonorrhöische Iridozyklitis ist die Kombination mit Arthritis, die große Schmerzhaftigkeit spontan und besonders auf Druck auf den Bulbus, die starke Exsudation in die Iris und in die Augenkammern. Das getrübte Kammerwasser enthält eine Unmenge ganz feiner korpuskulärer Elemente. Therapeutisch ist die Affektion meist gut durch Milchinjektionen zu beeinflussen, natürlich darf man die örtliche Therapie (Atropin) nicht vernachlässigen.

Die metastatische Konjunktivitis ist relativ selten und tritt mehr im akuten Stadium der Gonorrhöe auf. Sie ist ebenfalls häufig mit spezifischen Gelenkaffektionen verbunden. Das klinische Bild weist meist eine starke Erweiterung der subkonjunktivalen und episkleritischen Gefäße auf und gewinnt dadurch ein charakteristisches Gepräge. Voraussetzung für die Diagnose metastatische Konjunktivitis gon. ist natürlich, daß der Abstrich keine Gonokokken, aber auch keine Diplokokken und Pneumokokken aufweist. *Krüger*-Sagan.

J. Jersild: **Die Erosion der Rektalschleimhaut beim Weib und ihre Bedeutung für die Diagnose der Proktitis.** (Hospitalstidende 1926. S. 234.)

Verf. empfiehlt, um einen besseren Überblick der Rektalschleimhaut zu bringen und dabei den Eiter für Gonokokkenuntersuchung unter Kontrolle des Auges zu nehmen, die Schleimhaut der Rektalampulle mit einem in die Scheide eingeführten Finger auszustülpen. Man kriegt mit dieser Methode auch meistens ein einwandfreies Ausstreichpräparat mit wenigen anderen Bakterien, so daß die Gonokokken sich viel leichter diagnostizieren lassen. *W. Kiesmeyer.*

Orlowski-Berlin: **Die Spermakultur der Gonokokken.** Zeitschr. für Urologie Bd. 20. Nr. 8.

Verf. verlangt, daß bei Heiratskanditaten mit abgelaufener chronischer Prostatitis und der Wahrscheinlichkeit einer Samenblasenentzündung, die *Spermakultur* angestellt wird.

Das Sperma enthält ja die Sekrete der drüsigen Anfänge der Urethra, der *Littré*schen und *Cowper*schen Drüsen, der Hoden, der Samenblasen und Prostata. Auf diese Drüsen wirkt der Koitus wie keine sonstige provokato-

Digitized by Google

rische Maßnahme eröffnend und entleerend. Es dürfte somit das Sperma mitunter der Fundort sonst kaum auffindbarer Gonokokken sein.

Angabe der Technik. Das Sperma muß, bevor die Überimpfung auf die festen Petrischalennährböden erfolgt, erst mit einer geeigneten flüssigen Nährbouillon gemischt werden zwecks Anreicherung der eventuell vorhandenen Gonokokken (*Giscard*sches Verfahren).

Eine einmalige negative Kultur ist noch nicht beweiskräftig. Verf. konnte in einem Falle erst bei der 4. Kultur Gonokokken feststellen.

Pürckhauer-Dresden.

C. B. Willmott: **Keratodermie Blennorhagique (Vidal). Report of a case. (Über einen Fall von blennorrhagischer Keratodermie [Vidal]).** Arch. of Derm. and Syph. Bd. 13. H. 1. Jan. 1926.

Bei einem 27 jährigen Manne trat im Anschluß an eine Urethritis gonorrhoica 2 Monate nach der Infektion eine schmerzhafte Schwellung und Verfärbung der Haut unter den Nägeln des Mittel- und Kleinfingers der linken Hand auf, die nach und nach auf die übrigen Finger übergriff, dann auch die Zehen befiel. Die Nägel des Mittel- und Kleinfingers der linken Hand wurden zerstört und stießen sich ab, bei den übrigen trat eine starke Hyperkeratose auf, die sie von der Unterlage abheben und sehr brüchig machte. Gleichzeitig zeigten sich an der Haut der Fußsohlen und Handteller symmetrisch angeordnete Bläschen, die vereiterten, und schließlich nach der Abheilung ebenfalls einer starken Hyperkeratose Platz machten, aber in der Zeitfolge so verliefen, daß alle drei Stadien durchweg gleichzeitig zu sehen waren. Neben der Keratodermie trat noch eine Arthritis gon. auf, die nacheinander verschiedene Gelenke befiel. Gonokokken konnten in den Geschwüren nie nachgewiesen werden. Abheilung der Erkrankung unter intravenösen Injektionen von Merkurochrom (1 %).

G. H. Klövekorn-Bonn.

Gonorrhöe. Therapie.

Freese: **Über die Anwendung von Tampovagan in der gynäkologischen Praxis.** M. K. 1926, 40.

Jod, Ichthyol, Thigenol u. a. m. werden von der Vaginalschleimhaut nachgewiesenermaßen resorbiert. Darauf fußen obige Tampons, die, mit allerlei Medikamenten versehen, bei allerlei Störungen wie Adnexerkrankungen, Fluor albus, Gonorrhöe zur Anwendung kommen. Sie ersparen die tägliche Tamponeinführung durch den Arzt, die aus sozialen Gründen doch oft nicht durchführbar ist. Die Kranke soll sich die Tampons abends selbst einführen und mit Monatsbinde verschließen. Zur Fluorbehandlung gehört genaue Diagnose. Empfohlen werden hier Tamp. nutritivum, gonocidum und hydroxycyanatum, ferner Zusätze von 5 %iger Milchsäure und 1 % igem Choleval.

Siegfried-Aachen.

Henkel: **Betrachtungen über die Entstehung und Behandlung des vaginalen Fluors.** M. K. 1926, 48.

Das Problem des vaginalen Fluors ist weder ein bakteriologisches (1., 2. und 3. Grad) noch ein chemisches (Milchsäure, Glykogen), sondern ein rein biologisches, das nicht nur die Genitalsphäre (bei Pubertät und im Klimakterium besonders) zu betreffen braucht, sondern konstitutionell (Anämie usw.) bedingt sein kann. Fluor bei Virgines soll man daher überhaupt nicht behandeln, da passager. Gewohnheitsgemäße Reinlichkeits-

Digitized by Google

spülungen erhöhen Fluor infolge Mazeration. Ursachen des Fluors, die in allen Fällen möglichst zu eruieren ist, kann sein: klaffende Vulva, Blaseninkontinenz, Lageanomalien des Uterus und Menstruationsstörungen, besonders oft aber Erosionen an Portio. Da letztere frei von sensiblen Nerven, soll man ohne weiteres kauterisieren. Erosion kann auch mit Ektropium, des Os externum verwechselt werden, das bei längerem Bestehen zu Fluor führen kann. Hier beim Ektropium kommt eventuell Naht in Frage. Erosionen und Ektropium können außer als Relikte überstandener Geburt auch durch abnorme sexuelle Betätigung entstehen mit sekundärer Ovulationsstörung. Auch an entzündliche Prozesse des Beckens denken! Durch Behebung solcher Ursachen kann man Fluor heilen ohne eigentliche Fluorbehandlung. Nur wo Fluor selbst durch Mazeration schädigend auftritt, soll man diesen direkt zu Leibe gehen mit schwachen Desinfizienzien wie Kupfersulfat oder Aluminiumazetat oder Trockenbehandlung mit kristallisierter Borsäure. *Siegfried*-Aachen.

Seyffardt: **Beitrag zur Fluortherapie: Ester-Dermasan und Lenicet.** M. K. 1926, 38.

Verf. empfiehlt in seiner Arbeit obige beiden Mittel, von denen ersteres von der Firma Dr. Rudolph Reiß-Berlin NW. 87 neuerdings als Ester-Dermasan-Ovula in den Handel gebracht wird. Es enthält vor allem Salizylester, der antiphlogistisch und hyperhämisierend wirken soll. Fälle ersten Reinheitsgrades wurden behandelt mit Einlegen eines Ovulums und nachfolgender Lenicet-Bolustamponade. In gleicher Weise mit gleich überraschendem Ergebnis wurden die entzündlichen Fluorfälle behandelt. Bei Vorhandensein von Infektionserregern will Verfasser mit den Silber-Ester-Dermasan-Ovulis augenblickliche Erfolge erzielt haben. Genauere technische Einzelheiten sind nachzulesen. *Siegfried*-Aachen.

Loeser: **Heilung der chronischen weiblichen Gonorrhöe mit Frischvakzine und Lebendvakzine.** M. K. 1926, 35.

Verf. bedient sich nach Abklingen der akuten Erscheinungen, also etwa nach der zweiten Menstruation post infectionem, intramuskulärer Injektionen selbstbereiteter Frischvakzine, deren Herstellungsweise und Dosierung angegeben ist. Sind dann aber 14 Tage nach der Injektion noch Gonokokken in der Zervix nachweisbar, dann hat diese Behandlung keinen Zweck mehr. Der Praktiker kann sich der von der Chemischen Fabrik Güstrow i. M. hergestellten Frischvakzine bedienen, die immer 6—8 Wochen nach Herstelllung zurückgezogen wird, sodaß man immer gute Garantie für gute Wirksamkeit hat. Verf. will von 85 Fällen 60 so geheilt haben. Für die Versager kommt ein anderes Verfahren in Betracht, nämlich die subkutane Impfung des Kranken mit lebenden Gonokokken, deren Zucht aber nicht älter sein darf als 3—4 Tage nach Entnahme vom menschlichen Körper. Züchtungstechnik, die im Notfalle auch der Praktiker bei einiger Liebe dafür ausüben kann, und Dosierung angegeben. An Injektionsstelle oder besser an den 3 Injektionsstellen entstehen Quaddeln, die bei Fieber phlegmonösen Eindruck machen. Gelegentlich auch lokale Abszesse, aus denen sich noch nach 14 Tagen Eiter mit Gonokokken entleerte. Irgend welche sonstige Gefahren etwa der gonorrhöischen konstitutionellen Infizierung soll nicht bestehen. Überraschend ist, daß nur eine einzige solche Injektion genügen soll zur Heilung. 42 Fälle, die der Frischvakzine gegenüber

Digitized by Google

sich refraktär verhielten, will Verf. auf diesem Impfwege auch etwa zu 70 % geheilt haben, was um so erstaunlicher wäre, als es sich um bis dahin recht undankbare Fälle handelte. *Siegfried*-Aachen.

Cukor: **Zur Fluortherapie.** M. K. 1926, 33.

Verf. beruft sich auf seine Veröffentlichung im Zbl. f. Gyn. 1922, 12, in der er als erster die biologische und hygienische Therapie des Fl. a. angegeben habe, die auf den grundlegenden Arbeiten *Döderleins*, *Krönigs* u. a. basierten. Die Hygiene besteht in Reinigen der Scheide mit Milchsäurelösung als Ersatz für die aus der Scheide durch das Wasser ausgeschwemmte natürliche Milchsäure. Der schon bestehende Scheidenkatarrh werde durch seine allbewährte Genitalhygiene mittels Laktolavol geheilt. *Siegfried*-Aachen.

A. Eppenauer: **Erfahrungen mit Partagonstäbchen in der Behandlung der weiblichen Gonorrhoe.** M. m. W. Nr. 24, 1926.

Die Partogonstäbchen enthalten 1,5 % Argentum nitricum in einer quellbaren Grundsubstanz, wodurch die Schleimhaut der Zervix und Urethra entfaltet wird und das Silber in die tiefen Falten und Drüsenausführungsgänge gebracht werden kann; infolge der langsamen Auflösung der Grundmasse wird eine Dauerwirkung des Silbers erreicht. Ein Herausgleiten der Stäbchen ist durch Einkerbungen vermieden. Verf. stellt an Hand klinischer Erfahrungen fest, daß die Behandlung mit den Partagonstäbchen einen wesentlichen Fortschritt gegenüber den früheren Methoden darstellt. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

Stern: **Pulverbehandlung der weiblichen Urethral-Gonorrhöe mit dem Bläser „Ur-Go".**

Beschreibung und 3 Abbildungen des vom Verf. angegebenen Pulverbläsers der Firma Kirchner & Wilhelm in Stuttgart, mit dem er durchaus befriedigende Erfolge erzielt haben will. Benutzt wurden Pulvergemische von Choleval, Protargol, Argentamin usw. im Verhältnis 1 : 100 Talcum oder Sacharum lactis. Das Instrument soll angenehm zu handhaben und leicht zu reinigen sein. *Siegfried*-Aachen.

Würzburger: **Beobachtungen und Erfahrungen mit der organotropen Gonorrhoebehandlung.** M. K. 1926, 44.

Diese Arbeit behandelt die weiblichen gonorrhöischen Unterleibsleiden und interessiert hier nur wegen der Behandlung mit epithelisierenden Mitteln, die den Gonokokken den Nährboden verschlechtern sollen. Anfangs wurde Pyoktanin in wässeriger Lösung mit Scharlachrot in öliger Lösung angewandt, später Pellidol. Schon nach 2—3 Tagen entleerten sich aus der Zervix grampositive, also degenerierte Gonokokken. Heilung in 4—5 Wochen. Interessant ist weiter noch der Hinweis, daß frische männliche Gonorrhoe, also die der Pars anterior, die weibliche Urethra infizieren soll, alte männliche Gonorrhoe meist den Zervix befällt. Weiter wird gegen profuse gonorrhöische Genitalblutungen Röntgen warm empfohlen. *Siegfried*-Aachen.

Karl v. Brede: **Meine Erfahrungen über die Autovakzine von Orsós.** M. m. W. Nr. 25, 1926.

Die von *Orsós* hergestellte Autovakzine, eine Suspension der Mikroben in einer Mischung von Yatren mit sterilem Wasser wurde vom Autor bei Fällen weiblicher Gonorrhoe und bei tieferliegenden Strepto- und

Digitized by Google

Staphylokokkeneiterungen der Haut nachgeprüft. Wenn der Verf. auch die von *Orsós* empfohlene Methode der Autovakzineherstellung prinzipiell für einen glücklichen Gedanken hält, so glaubt er sie doch nicht für die allgemeine Praxis empfehlen zu können, da die Zusammensetzung der Vakzine unverläßlich ist und das Yatren auch keine genügende Sterilisierung bewirkt. *Weinstock*-Charlottenburg.

Arthur J. und *Monroe L. Greenberger:* **Die Abortivbehandlung des akuten gonorrhoischen Prostataabszesses.** Urol. a. cut. review, 1926. Bd. 30. Nr. 10. S. 585.

Von 19 Fällen von akuten gonorrhöischen Prostataabszessen wurden 16 erfolgreich abortiv geheilt durch Diathermiebehandlung. Die aktive Elektrode liegt im Rektum, die inaktive auf dem Unterbauch; die Verträglichkeit ist individuell verschieden und liegt zwischen 500—1500 M. A. Eine Sitzung kann schließlich 45 Minuten dauern, selbst 1 Stunde. Meist nach einer oder nur wenigen Diathermiebehandlungen verschwinden schlagartig die akuten Symptome. *August Simon*-Bonn.

C. Siebert und *Henryk Cohn*-Berlin-Lankwitz: **Theoretisches und klinisches über das Antigonorrhoikum Targesin.** Sammelreferat. Ztschr. f. Urologie Bd. 20. H. 8.

Unter Berücksichtigung der gesamten bisher über *Targesin*, einer wasserlöslichen Diazetyltanninsilbereiweißverbindung, erschienenen Literatur kann gesagt werden, daß alle Autoren die Reizlosigkeit des Mittels, die Eindämmung der Entzündungserscheinungen und die Tatsache, daß nur selten sich Komplikationen einstellen, betonen. Diese günstigen Eigenschaften lassen das Targesin anderen Silberpräparaten überlegen erscheinen. Es ist in allen Stadien der Gonorrhoe, bei weiblicher Gonorrhoe und auch nicht gonorrhöischer Urethritis indiziert. *Pürckhauer*-Dresden.

Matarasso: **Traitement des fistules urétrales et des trajets paraurétraux d'origine blennorhagique par des injections argento-tanniques.** Ann. m. vén. 1926, 7.

Empfehlung des im Titel genannten Verfahrens durch Instillation von Acid. tann. 2%, gefolgt von argentum nitr. ammoniatum 2%, 2—3 malige Wiederholung in 3—4 tägigen Abständen Verlegung der urethra mit Vas. boricum. *Guth*-Zürich.

P. J. van Putte: **Über den Einfluß der Diathermie auf die Gonorrhoe. (On the Influenze of Diathermy on Gonorrhoea.)** Acta dermato-vén. Bd. VII, 2. 1926.

Chronische Gonorrhoe, mag sie wie lange immer bestehen und wie immer behandelt worden sein, kann in kurzer Zeit, im allgemeinen in wenigen Tagen, durch Diathermie geheilt werden. Akute Gonorrhoe spricht auf Diathermie nicht gut an. Gonokokken können im Körper durch Applikation niedrigerer Diathermiegrade abgetötet werden als im Reagenzglase — wahrscheinlich dadurch, daß die Antikörperproduktion angeregt wird.
Arthur Alexander-Berlin.

L. Casper und *Zeltner:* **Zur Behandlung der Zystitis mit einem neuen Blasenspülmittel.** M. m. W. Nr. 25. 1926.

Das neue Blasenspülmittel Argentum 162 stellt ein wasserlösliches Doppelsalz von Argentum mit Hexamethylentetramin dar, das bakterio-

Digitized by Google

logisch stärker bakterizid wirkt als Argentum nitricum, das Eiweiß weniger stark und weniger schnell fällt, aber organische Substanz schneller oxydiert. Klinisch hat es sich bei der Behandlung der verschiedenartigsten Zystitiden als ein Mittel erwiesen, das dem Argentum nitricum an keimtötender und katarrhbeschränkender Eigenschaft gleichkommt, ja zuweilen überlegen ist, ohne seine nachteiligen stark reizenden Wirkungen auszuüben. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

F. X. Müller: **Gonomors, ein neues Prophylaktikum.** M. m. W. Nr. 21, 1926.

Genaue Beschreibung eines Gonomors benannten Apparates zur Einführung eines gonokokkentötenden Medikamentes in die Urethra.
J. Weinstock-Charlottenburg.

K. Ullmann-Wien: **Targesin, ein neues nützliches, kolloidales Silberpräparat zur Gonorrhoebehandlung.** W. kl. Wo. Nr. 29. 1926.

Angeregt durch die Berichte auf dem Dermatologenkongreß 1925 hat Verf. das Targesin bei seinem Material nachgeprüft. Er ist dabei zu der Überzeugung gekommen, daß das Targesin ein gut verträgliches und gut wirksames Gonorrhoemittel ist. Die zuerst empfohlene Konzentration von 2—5 % ist wohl für die Mehrzahl der Fälle zu stark, man kommt in der Regel für die vordere Harnröhre mit 1—2 % igen Lösungen aus. Nur bei abortiv heilbaren Fällen empfehlen sich wegen der geringen Reizwirkung 3—5 % ige Lösungen. Dieselbe Konzentration ist auch für Instillationen anzuwenden, dieselben können infolge der guten Verträglichkeit jeden Tag wiederholt werden, da hiermit sich der Kranheitsverlauf in geeigneten Fällen wesentlich abkürzen läßt. In manchen Fällen wird man aber doch noch zu den alten Silberpräparaten greifen müssen, dort, wo es darauf ankommt eine gewisse Reizwirkung auf die Schleimhaut, sei es auch nur aus provokatorischen Gründen, zu erzielen. *Krüger*-Sagan.

R. Polland-Graz: **Ergebnisse der Gonorrhoebehandlung mit Targesin.** D. W. Bd. 83. Nr. 33. 1926.

Verf. hat sich das Targesin ausgezeichnet bewährt bei frischen Gonorrhoefällen. Er ließ möglichst alle 3—4 Stunden mit 2—3 %igen Lösungen spritzen; meist gelang es nach 8—20 Tagen, die Gonokokken endgültig zum Verschwinden zu bringen. Besonders betont wird die völlige Reizlosigkeit im frischen Stadium, die ohne jede Reizung die Anwendung von 2—3 %igen Lösungen gestattete. *Krüger*-Sagan.

F. W. Portmann-Elberfeld: **Erfahrungen bei der Behandlung der Gonorrhoe des Mannes mit Targesin.** D. W. Bd. 83. Nr. 30. 1926.

Das Targesin wurde bei allen Formen der männlichen Gonorrhoe angewandt. Für die vordere Harnröhre in ½—2 %iger Konzentration und zu Blasenspülungen ¼ %ig. Es wurde meist gut vertragen, die Reizung der Schleimhaut war gering und die Wirkung auf die Gonokokken war relativ gut. Am meisten Fehlschläge traten bei Fällen auf, die mit einer Prostatitis kompliziert waren, aber durch lokale Behandlung gelangten auch diese Fälle zur Ausheilung. *Krüger*-Sagan.

N. Chr. Gjessing: **Reargon — ein neues Mittel gegen Tripper.** (Tidsskrift f. Den norske lageforening 1925. Nr. 15.)

Schlechte Resultate mit Reargon bei 20 Fällen von Urethritis gon. ant. et post., meistens kompliziert. *A. Kißmeyer.*

Digitized by Google

Urologie.

P. Blatt-Wien: **Über die konstitutionelle Disposition zur Prostatahypertrophie.** W. kl. W. Nr. 32. 1926.

Bei der Sichtung des Prostatikermaterials der Klinik ergab sich, daß sich der größte Teil derselben unter den digestiven Typ von *Sigaud* einreihen läßt. Die besonderen Merkmale dieses Typs sind: Mittelgröße, leichte Verfettung, großer runder Schädel, kräftig entwickelte Kaumuskulatur, das rötliche Kolorit des Gesichtes steht in auffallendem Gegensatz zu dem blendend weißen Teint des Stammes. Die Mammae sind ziemlich stark entwickelt, die Behaarung des Stammes ist auffallend gering, Achsel- und Schambehaarung ist sehr mangelhaft, letztere zeigt eine deutliche feminine Abgrenzung. Die Haut ist außerordentlich zart, glänzend, fein und fettreich, zumeist sehr feucht und gegen mechanische oder chemische Läsionen ist sie wenig widerstandsfähig. Meist besteht lebhafter Dermographismus. Diese Symptome sind in mehr oder weniger stärkerem Maße bei etwa 83% der histologisch sicher gestellten Prostatahypertrophien vorhanden.

Krüger-Sagan.

Oppenheimer: **Über Prostatahypertrophie und Prostatektomie.** M. K. 1926, 40.

Es gibt keine Hypertrophie der Seitenlappen, die Geschwulst geht immer von zentralen, dem Harnröhrenlumen benachbarten Partien aus. Außer Heridität kommt ätiologisch der untersetzte fettleibige Mensch in Betracht, dann überhaupt die gutgenährte gehobene Menschenklasse. Wichtig ist, daß mit Prostatahypertrophie auch allerlei sonstige somatische Störungen zusammenhängen, an die man nicht ohne weiteres denkt, so z. B. Ödeme der Schenkel, sogar des Gesichtes. Ebenso kann die Harnstauung verantwortlich gemacht werden für Blutdruckerhöhung, Darmatonien mit Erbrechen, sogar, wenn auch selten, für epileptiforme Anfälle. Alle diese Erscheinungen verschwanden, laut beigefügten kurzen Kasuistiken, nach entsprechender Blasenpflege. Man soll also bei diagnostisch unklaren Störungen älterer Männer auch grundsätzlich an Prostatauntersuchung denken. Die Behandlung besteht in Röntgen und jährlich etwa zwei Serien von je 12 Massagen. Operativ kommen für Verf. in erster Linie die suprapubische Ausschälung in Betracht, wenn, bei Neigung zu Zystitiden, Blutungen und Temperatursteigerungen sich störend bemerkbar machen, wenn also dauernd infizierter Restharn besteht. Prostatektomie hat Verjüngungserscheinungen zur Folge, einmal bildeten sich bei einem Operierten hinterher vergrößerte Mammae. Bei nicht operablen Fällen kommt der nicht ganz ungefährliche Bottini in Frage oder die in Deutschland fast vergessene Prostatektomia mediana. Techniken kurz angegeben.

Siegfried-Aachen.

Litten und *Srpiro*-Berlin: **Die Bedeutung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit in der Urologie.** Ztschr. f. Urologie Bd. 20. Nr. 7.

Verfasser fassen die Ergebnisse ihrer Untersuchungen wie folgt zusammen:

1. Der Wert der B.S. für die Differentialdiagnose zwischen entzündlichen und nichtentzündlichen Erkrankungen sowie zwischen gutartigen und bösartigen Neubildungen wird bestätigt.

2. Die B.S. ist immer nur im Rahmen des übrigen klinischen Befundes zu verwerten.

Digitized by Google

3. Sie ist wertvoll bei der Unterscheidung zwischen Prostatahypertrophie und -Ca, sowie bei der Differentialdiagnose der Nierenkoliken.

4. Es wird die Ablesung einer *Kurve* (*Litten*) empfohlen, die zeigt, daß bei starker Beschleunigung die Schwere des Krankheitsprozesses sich in einer besonderen Beschleunigung der Schlußsenkung ausdrückt.

5. Die Beurteilung der Senkungszeit ist in zweifelhaften Fällen mitunter nur durch Ablesung dieser Kurve möglich.

6. Die in gewissen Zeitabständen wiederholte Feststellung der Senkungszeit und des Senkungsverlaufes gibt ein getreues Bild des Krankheitsverlaufes und eine mit anderen Hilfsmitteln nicht erreichbare Möglichkeit der Prognosenstellung. *Pürckhauer*-Dresden.

I. M. Cutler: **Herdinfektion und Nierenerkrankung.** The Urol. a. Cutan. Rev. 1926, Nr. 9, S. 540.

Der primäre Herd eier Infektion können sein die Nasennebenhöhlen, Tonsillen, Zähne, Bronchien, Darm, Tuben, Prostata oder die Haut. Zähne und Tonsillen am häufigsten, bei Männern aber auch die Prostata. Strepto- Staphylo- und Pneumokokken, Bazillus proteus und pyocyaneus und andere eind die Ursache von Nierenerkrankungen. Durch die Blutbahn kommt es zu einer Bakterienembolie in den Endarteriolen der Niere; oder die Toxine der Bakterien werden in den Nieren abgelagert. Die Colibazillen dringen auf dem Lymphwege ein. Deshalb ist die Entfernung der Herdinfektion das fundamentalste Prinzip bei der Behandulng der systematischsn Nierenerkrankungen. *August Simon*-Bonn.

J. Dore-Paris: **Nierentuberkulose in akuter Form.** The Urol. a. Cutan. Review 1926, Bd. 30, Nr. 7, S. 410.

Bei 2 Fällen wurde die seltene akute Tuberkulose der Nieren beobachtet. Beginn mit heftigen Leib- und Kreuzschmerzen, rapider Anstieg der Temperatur bis 40. Nach 2 Tagen heftiges Erbrechen, Tympanie und Bauchdeckenspannung. Pollakiurie und Blasentenesmen traten zurück gegen die peritonalen und allgemeinen Symptome. Schließlich Nachweis von Tuberkelbazillen im Urin. Zystoskopisch: die Blasenwand ist in ihrer ganzen Ausdehnung rot, stark vaskularisiert; feine Läsionen, schmale Ulzerationen oder ödematöse Anschwellung um die Uretermündung der befallenen Seite. Sofortige Nephrektomie: die Niere ist vergrößert, 5 bis 6 subkapsulare Tuberkel, einige große Tuberkel in der Kortikalsubstanz. Die Schleimhaut des Ureters nur gerötet und vaskularisiert. Heilung.
August Simon-Bonn.

Amberger-Frankfurt a. M.: **Spontane Ruptur der rechten Niere.** Ztschr. für Urologie Bd. 20. H. 8.

Den bisher in der Literatur bekannten 4 sicheren Fällen von Nierenruptur reiht Verf. einen weiteren eigenbeobachteten und operativ behandelten an. Die pathologisch-anatomische Diagnose lautet: Zysten der Niere mit arteriosklerotischen Schrumpfungen. — Wahrscheinlich dürfte ein Stein den Abfluß des Urins gesperrt und durch Verhinderung des Abflusses die schon zuvor erkrankte Niere zum Bersten gebracht haben.
Pürckhauer-Dresden.

Cathelin, F., Paris. **Die klinische Bedeutung der kongenitalen Mißbildungen der Nieren für die Entstehung verschiedener Erkrankungen dieser Organe.** The Urol. a. Cut. review 1926. Bd. 30. Nr. 4. S. 193.

Digitized by Google

Verf. fand bei einer Reihe von Nierenoperationen Veränderungen der Niere (Zweiteilung, Trauben- und Gehirnbildung usw.) die durch die bestehenden Erkrankungen (Tbc., Ren mobilis.) unmöglich bedingt sein konnten. Diese als kongenitale Veränderungen angesehenen Mißbildungen hält Verf. für eine prädisponierende Ursache von späteren, erworbenen Erkrankungen (locus minoris resistentiae.) *August Simon*-Bonn.

Düttmann: **Ein Beitrag zu den sogenannten echten Blasendivertikel.** M. K. 1926, 47.

Verf. gibt 2 Kasuistiken, von denen der eine Fall durch septische Perforation eines Blasendivertikels starb, der andere operativ geheilt werden konnte. Auch Verf. stellt sich zu der Ansicht von *Anschütz* und *Lutz*, daß die Divertikel nicht angeboren seien, sondern nur ihre Anlage, das sind präformierte schwache Muskelgebiete, die allmählich zum Divertikel ausgedehnt werden. (Pulsionsdivertikel). Jedenfalls soll man bei Harnentleerungsbeschwerden auch auf Divertikel zystokospieren. Da Divertikel an Blasenhinterwand sich der Beobachtung entziehen können infolge allerlei Komplikationen, käme in solchen Fällen Zystographie in Frage, also Röntgen bei Kontrastfüllung. *Siegfried*-Aachen.

S. Perlmann-Berlin: **Über die tabische Blase.** Ztschr. für Urologie Bd. 20. H. 7.

Die Störungen der Blasenentleerung bei der Tabes beruhen auf einer Schädigung der hinteren Wurzeln und Unterbrechung der sensiblen Fasern: ein Teil des Reflexbogens ist zerstört. Der *Tonus* der Muskulatur läßt nach — der erste normale Reflex — Entleerung bei Dehnung durch Füllung — kann nicht zustandekommen. Das Bedürfnis des Urinierens fällt weg, wodurch sich große Mengen Harn in der sich *erweiternden Blase* ansammeln. Es kann Harnverhaltung eintreten, die nach einiger Zeit wieder schwindet, jedoch eine erschwerte Miktion hinterläßt. Schließlich läßt der zunächst verstärkte Verschluß der Blase nach, und diese entleert sich automatisch, ohne daß es der Patient merkt. Die fast unvermeidliche Infektion des Restharns führt zu Zystitis und Pyelonephritis. Die Diagnose ist im Beginn der Erkrankung oft schwierig: Lumbalpunktion, Zystoskopie (positives *Schramm*sches Phänomen); später weist die „ausdrückbare" Blase und Potenzstörungen daraufhin. Therapeutisch kommt die spezifische Therapie in Frage und operative Eingriffe: Anlegung einer suprapubischen Fistel, um eine weitere Überdehnung der Harnblase, die auch mittels Dauerkatheter nicht zu beheben ist, zu verhindern und die schädliche Wirkung des infizierten Restharns auf die Nieren auszuschalten. *Pürckhauer*-Dresden.

M. Kruspe-Dresden: **Baßgeigenseite und Radioisolierschlauch als Fremdkörper der Blase.** Ztschr. für Urologie Bd. 20. H. 8.

Bei einem 45 jährigen verheirateten Musikanten fanden sich diese ungewöhnlichen Blasenfremdkörper, die er — rückfällig — zu masturbatorischen Zwecken eingeführt hatte. *Pürckhauer*-Dresden.

Blum: **Aseptische Zystoskopie.** M. K. 26, 14.

Verf. empfiehlt ein von der Firma Joseph Leiter, Wien, konstruiertes Zystoskop mit auskochbarem optischen System, das also absolut sichere Asepsis des Instrumentariums für Zystoskopie gewährleisten soll, nachdem alle bisherigen Sterilisationen mit Seifenspiritus und Formalindämpfen z. B. versagt haben resp. das Instrumentarium schädigen. Die Lösung

Digitized by Google

des Problems gelang durch exakte Verlötung der Linsenglasränder mit dem Metallrohr. Änderung der Linsenkrümmung durch Kochen werden vermieden durch Herabsetzung der Linsendicke, wodurch zugleich eine Verbesserung der Bildqualität durch Lichtabsorptionsverminderung erzielt werden soll. *Siegfried*-Achen.

S. Rubaschow-Minsk: **Über seltenere Geschwülste des Hodens.** Ztschr. für Urologie Bd. 20. H. 7.

An *heterotopen* Geschwülsten kommen im Hoden vor: Teratome, Teratoide, mesodermale Unidermome (seltener), ferner Geschwülste aus Resten des *Wolf*schen Körpers wie Myome (im kindlichen Alter), Chondrome, Osteome, Myxome, Lipome (sämtlich sehr selten), Zysten (als Teratoidenanteile oder als Reste des *Wolf*schen Körpers) und schließlich die noch weit seltener vorkommenden Geschwülste an Ektoderm- und Nebennierenresten. All diese sogenannten *banalen* Geschwülste sind also embryonaler Herkunft.

An Geschwülsten *der nicht spezifischen Gewebe* des Hodens kommen vor: Fibrome, am häufigsten Sarkome (das Rundzellensarkom häufiger als das Sarcoma fusocellulare und das polymorphe Sarkom), Endotheliome. Peritheliome sind nicht beobachtet worden. *Pürckhauer*-Dresden.

Kleinschmidt: **Inkarzerierte Hydrozele des Samenstranges.** M. K. 1926. 45.

Vier Kasuistiken von Knaben im Alter von 8 Wochen bis 11 Jahren, die alle die Symptome einer akuten eingeklemmten Hernie boten, während die Operation den Sachverhalt richtigstellte, so daß man schließlich auch vor Operation zur richtigen Diagnose kam. Es handelte sich im wesentlichen immer um eine bisher latente, intraabdominale bzw. abdominale Hydrozele, die, durch Trauma vielleicht, plötzlich austrat und vom äußeren Leistenring festgehalten wurde. Es kommen auch bilokuläre Einklemmungen vor, wo also die Hydrozele nur teilweise austritt und vom Leistenring eingeschnürt bleibt. Der mit der Hydrozele ausgezogene peritoneale Trichter macht besonders bei akuten Fällen Schmerzen und Erbrechen usw. Therapie, Totalexstirpation oder auch Punktieren; letzteres nur zum Dauererfolg führend, wenn Punktat völlig klar. *Siegfried*-Aachen.

S. Lubash: **Zysten der Appendix testis, andere Erkrankungen des Skrotums vortäuschend.** The Urol. a. Cutan. Review. 1926. Bd. 30. Nr. 6. S. 340.

Diese kommen meist im mittleren Lebensalter vor und liegen vor dem Testikel. Sie zeigen Fluktuation und machen nur wenig Beschwerden, vielleicht ein leichtes Ziehen entlang dem Samenstrang. Diff. Diagn.: Hydrozele der Tunika vaginalis, überzähliger Hoden; Hydrozele oder Tumor des Samenstranges. Therapie: Exzision. *August Simon*-Bonn.

S. Rubaschow-Minsk: **Über die Prädisposition des ektopischen Hodens zur Tumorbildung.** Wien. klin. Woch. Nr. 37. 1926.

Bei Durchsicht des gesammelten klinischen Materials ergab sich, daß im Durchschnitt mit 11% für Hodenektopie bei Hodentumoren zu rechnen ist. Dagegen beträgt die Zahl der vorkommenden Ektopie 0,12%. Der ektopische Hoden wird also etwa 20mal so häufig als der normale von Tumoren befallen. Die häufigste Art der am ektopischen Hoden vorkommenden Geschwulst ist das Teratoid. Die Interstitialzellengeschwülste müssen als für den ektopischen Hoden spezifisch betrachtet werden.

Krüger-Sagan.

Digitized by Google

Pauli Dahl: **Epididymitis simplex in Pseudohermaphroditismo masculino.** Ugeskrift f. Leeger. 1925. S. 756.

Bei einem 25jährigen als Frau lebenden maskulinen Pseudohermaphrodit wurden in beiden Labia majora Testikeln gefunden. Die Patientin, eine maskulin aussehende Frau mit Bart und Pubes von männlichem Typus, kam unter der Diagnose Hernia incarcarata ins Spital. Es schien sich um eine Epididymitis zu handeln. Mikroskopisch wurde in den exstirpierten Testikeln reichlich Spermiogenese gefunden, und das interstitielle Gewebe war reich an „Zwischenzellen". *A. Kissmeyer.*

Fr. Grön und *Ph. Thjötta:* **Fall von Urethritis und Epididymitis purulenta, von Kolibazillen hervorgerufen.** Norsk Magazin f. Leegeridendkoben. 1925. S. 33.

44 Jahre alter Mann erkrankte plötzlich mit Schmerzen und Schwellung der rechten Skrotalhälfte. Temperatur war bis 37,8° erhöht. Im Eiter von dem Abszesse wurde eine Reinkultur von Bact. coli commune (A) gefunden. Das Serum des Kranken enthielt agglutinierende und komplementbindende Autostoffe gegen diese Kolibazillen. *A. Kissmeyer.*

Cohn: **Sepsis im Gebiete der Harnheilkunde.** D. m. W. 1926. Nr. 29.

Die eitrigen Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane können als Eintrittspforte, als Sepsisherd oder als Metastase eine Rolle spielen. Als Eintrittspforte kommen bei der Niere hauptsächlich die pyelitischen und pyelonephritischen Zustände in Frage. Abflußbehinderungen in den Harnleitern begünstigen Einschwemmungen von Bakterien vom Nierenbecken aus in den Kreislauf. Dazu gehören auch die Erscheinungen des sogenannten Harnleiterkatheterfiebers. Sehr häufig ist eine metastatische Beteiligung der Nieren bei septischen Erkrankungen, die von anderen Organen ausgehen. Als Erreger werden am häufigsten Staphylokokken, sodann Bact. coli und Streptokokken gefunden. Bei Allgemeininfektionen im Verlaufe der Urethritis acuta gonorrhoica, nach deren Überwindung eine Niereneiterung zurückbleibt, werden im Harnleiterkatheterurin meistens nicht Gonokokken, sondern Staphylokokken oder Bact. coli angetreffen. Bei der Deflorationspyelitis stellt der Hymenalriß die Eintrittspforte, die Pyelitis die Metastase dar. Septische Zustände werden auch nach instrumenteller Untersuchung oder Behandlung der Harnröhre beobachtet, indem bei vorhandener Verletzung entweder durch Verunreinigung von seiten der Instrumente oder durch Mobilisierung der auf der Urethralschleimhaut vorkommenden Bakterien ein Sepsisherd mit der Möglichkeit der Metastasenbildung im kleinen Becken, in den Nieren, in den Gelenken, im Endokard und in serösen Höhlen geschaffen werden kann. Was die Prostata anlangt, so ist besonders bei der follikulären und parenchymatösen Form der Prostatitis ein Ausbruch von Sepsis zu befürchten, wobei oft als Erreger Staphylokokken, Bact. coli oder Streptokokken gefunden werden. Auch als Sitz von Metastasen kommt die Prostata besonders bei der Staphylokokkensepsis nach Pneumonien, Furunkeln und Panaritien in Frage. Von den übrigen Adnexen spielt besonders die Spermatocystitis gonorrhoica subchronica eine wichtige Rolle als Sitz gefährlicher chronischer Sepsisherde, von denen aus die verschiedenen Organsysteme metastatisch ergriffen werden können. Als das einzig zuverlässige Mittel gegen Sepsis wird der zweckmäßige, rasche,

Digitized by Google

gründliche operative Eingriff empfohlen. Nach Beseitigung des Hauptherdes kommt zur Behandlung der etwa noch bestehenden Metastasen die Anwendung von Neosalvaran, Yatren, Kaseosan, Urotropin oder Zylotropin in Frage. *O. Dittrich*-Kiel.

Joseph Ingall-Baku: **Die Anwendung der Punktion bei Empyem der Samenblase.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 20. S. 7.

Genaue Angaben der schwierigen Technik dieses Eingriffes unter Anführung eines derart behandelten Krankheitsfalles. Die Punktion kann nicht nur therapeutisch, sondern auch diagnostisch wertvoll sein. *Pürckhauer*-Dresden.

Koll-Danzig: **Zur Kasuistik der angeborenen Harnröhrendivertikel.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 20. H. 7.

Bei einem an Blasenepitheliom erkrankten 46jährigen Mann wurde nach der operativen Entfernung ein bis dahin keine Beschwerden verursachendes taubeneigroßes Divertikel an der Unterfläche der Harnröhre röntgenologisch festgestellt. *Pürckhauer*-Dresden.

Langer und *Wittkowsky:* **Röntgenologische Untersuchungen der gesunden und kranken Harnröhre.** Vortrag, gehalten in der Berliner Medizinischen Gesellschaft am 13. Januar 1926. M. Kl. 26. 13.

Verfasser haben versucht, durch Ausfüllung der Harnröhre mit einer Kontrastmasse krankhafte Veränderungen der Harnröhre, auch solche, die sich klinisch nicht mehr zu erkennen geben, auf dem Wege der Röntgendurchleuchtung festzustellen, überhaupt die feineren mechanischen Vorgänge des Miktionsaktes zu objektivieren. Die Technik der Röntgenaufnahme ist genau angegeben. Neun beigefügte Photographien von großer Deutlichkeit zeigen, daß ihre Methode und Idee erfolgreich war. Bislang haben sich nur die Littréschen Drüsen und Morgagnischen Lakunen der Sichtbarmachung entzogen. Auch klinisch anscheinend geheilte Strikturen bewiesen sich als noch behandlungsbedürftig. Weiter ließ sich bezüglich des normalen Urinieraktes erkennen, daß entgegen bisheriger Annahme auch bei gefüllter Blase die hintere Harnröhre *nicht* ins Blasenlumen einbezogen wird. *Siegfried*-Aachen.

Urologie.

Therapie.

V. G. Vecki: **Der gegenwärtige Stand der Behandlung der sexuellen Impotenz.** The Urol. a. Cutan. Review. 1926. Bd. 30. Nr. 9. S. 513.

Zunächst ist eine genaue Anamnese über die persönlichen Lebensgewohnheiten und über das frühere und augenblickliche Sexualleben zu erheben. Nerven- und Zirkulationssystem, die übrigen Organe und besonders die Genitalorgane sind gründlichst zu untersuchen. Senile Impotenz ist bedingt durch die Umwandlung der Testeszellen in Bindegewebe, oft sind es pluriglanduläre Schädigungen oder angeborene und erworbene Krankheiten der Sexualorgane, ferner Diabetes, Arteriosklerose, Über- oder Unterernährung, Alkoholismus und allgemein schwächende Erkrankungen des Körpers; sexuelle Neurasthenie. Die Ejakulatio praecox ist meist durch Hyperästhesie bedingt, oft dabei sehr niedriger oder hoher Blutdruck. Von internen Mitteln am besten noch Strychnininjektionen, weiterhin Organpräparate in verschiedener Kombination; Injektion von frischen

Digitized by Google

Hodenpräparaten oder, noch besser, Hodentransplantation, die aber wegen der schwierigen Materialbeschaffung weniger in Frage kommt. Psychotherapie, allgemeine Massage und Massage der Genitalorgane, eventuell Vasoligatur, Regelung des Sexuallebens. *August Simon*-Bonn.

Casper: **Urologisches in Beziehung zu den Marienbader Heilquellen.** Vortrag vor dem Marienbader Ärzteverein, Mai 1926. M. K. 1926. 36.

Eine Ursache der seit den letzten Jahren vermehrten Steinbildung ist die verminderte Aufnahme von Flüssigkeiten bei den Mahlzeiten, seit die „schlanke Linie" modern wurde. Auch die Erfahrung, daß bei Marienbader Entfettungskuren so auffallend häufig Steinkoliken eintreten, spricht für obige Annahme. Das Glaubersalz entzieht eben dem Körper durch den Darm zu viel Flüssigkeit. Bei chronischen Zystitiden ist neben vielen anerkannten Mineralwässern die Marienbader Rudolphquelle von günstiger Wirkung, vielleicht ihres Kalziumgehaltes wegen mit seinem reizmildernden, adstringierenden, sekretionsbeschränkenden Effekt. Aber auch lokal muß man nach wie vor bei Blasenkatarrhen vorgehen mit Spülungen, die aber die ganze Blase zur Entfaltung bringen müssen. Als bestes Blasendesinfiziens ist auch heute noch das alte Arg. nitr. anzusehen, das Verf., um seine Ätzwirkung einzuschränken, mit Hexamethylentetramin kombinierte, zu dem neuen Präparat Argolaval (Fabrik Dr. Georg Henning, Berlin-Tempelhof, Komturstraße), mit dem Verf. die bislang günstigsten Erfolge erzielt haben will. Statt Bärentraubenblättertee, von dem er nichts Gutes sah, empfiehlt er als den Tenesmus lindernd: Fol. Bucco, Sem. lin., Rad. Petrosilin., Flor. Tiliae, Fructus Phaseol aa. Davon einen Eßlöffel voll auf 200 Wasser 5 Minuten kochen lassen. *Siegfried*-Aachen.

E. Legueu-Paris: **Radiotherapie der Prostataadenome.** The Urol. a. Cut. review. 1926. Bd. 30. Nr. 4. S. 194.

Verf. operierte eine Anzahl Patienten mit *Prostataadenomen*, die vorher eine Reihe von Röntgenbestrahlungen erhalten hatten. Er fand nur geringe oder keine Veränderungen der Prostata. — Bei einem Fall von chronischer *Periprostatitis*, die den Eindruck eines das kleine Becken ausfüllenden, harten Karzinoms machte, verkleinerte sich der Tumor auf Röntgenbestrahlung und nach Entfernung der entzündlichen Prostata. — Bei einem anderen Fall, der im Frühjahr mit Röntgen behandelt war und im darauffolgenden November operiert wurde, zeigte sich makroskopisch kein Anhalt für Karzinom, dagegen mikroskopisch *beginnendes Karzinom*. Verf. läßt die Frage offen, ob es sich hier um eine Röntgenwirkung handelt.

Die Strahlentherapie ist eine noch ungenügende und zeitweise gefährliche Behandlungsmethode, da sie den allgemeinen Krankheitsverlauf nicht beeinflußt, sondern nur unterstützend die sekundären Symptome verändert kann. *August Simon*-Bonn.

Dermatologie.

Therapie.

C. Harry Saltzstein, M. D. Detroit: **The practical value of Newspaper publicity in the control of cancer. (Der praktische Wert von Zeitungsartikeln bei der Bekämpfung der Krebsleiden.)** Jour. Americ. Med. Ass. 1926. Vol.. 87. Nr. 5.

In der Krebsfrage spielt die Stellung der Frühdiagnose die Hauptrolle. Aus diesem Grunde wurde Januar 1926 in Detroit ein „Feldzug"

Digitized by Google

gegen den Krebs veranstaltet, der sich aus Zeitungsveröffentlichungen und aus zahlreichen, extra dafür hergerichteten Sprechstunden für Krebskranke zusammensetzte. Für den Werbezweck wurden führende Zeitungen gewonnen, die in regelmäßigen Abständen interessante Aufsätze über das Krebsthema brachten. Die Erfolge waren sehr befriedigend. Die Zahl der sich meldenden Patienten war groß; an erster Stelle standen die Fälle mit Hautkarzinomen. *Rütz*-Bonn.

Schönke-Frankfurt a. d. Oder: **Über Desinfex „Merz". Desinfiziens für Instrumente.** M. Kl. 26. 14.

Verf. empfiehlt dringend das Alkoholpräparat „Desinfex", das in Flaschen von 500 ccm in den Handel kommt. Staphylokokken und Kolibazillen sollen in 15—20 Minuten absterben. Instrumente, auch mit schadhaftem Nickelüberzug, rosten in wochenlangem Liegen in der Flüssigkeit nicht. Hohlnadeln sollen sich aber für dieses Desinfiziens nicht eignen. Verf. aber hat auch mit ihnen keine schlechten Erfahrungen gemacht. Auch Spiegel und Metallflächen bleiben glänzend. Salvarsankanülen soll man vor und nach Gebrauch, aber vor Einlegen in die Flüssigkeit mit sterilem Wasser durchspritzen. Die hellgelbe Flüssigkeit dunkelt beim Stehen allmählich zum Braun, bleibt aber gleich brauchbar und durchsichtig. *Siegfried*-Aachen.

S. W. Smith: **Behandlung durch Entgiftung bei Hautkrankheiten.** The Urol. a. Cutan. Review. 1926. Bd. 30. Nr. 8. S. 472.

Bei chronischer Urtikaria, gewissen Erythemen, allgemeinem Pruritus und allgemeiner Dermatitis, bei Dermatitis Duhring scheint die Verordnung einer Diät genau so wichtig wie die örtliche Behandlung. Bei Rosacea ist wegen mangelnder Magensäure eine genügende Dosis Acid. hydr. dilut. zu geben. Bei Intestinalursachen zuerst Kalomel, dann 3 Tage Fasten (Mineralwasser aber soviel der Patient wünscht), dann vorsichtige Diät (3—4 Wochen). Weiterhin Darmdesinfizientien z. B. Kaolin-Salol mgs. Diät (3—4 Wochen). Weiterhin Darmdesinfizientien z. B. Kaolin-Salol morgens und abends wirken Bäder stimulierend auf die Exkretionsfunktion der Haut. Bei anderer Herdinfektion (Fokalinfektion) Autovakzine.
August Simon-Bonn.

B. Throne, L. van Eyck, E. Marples und *C. N. Meyers:* **Die Behandlung des Ekzems mit Natriumthiosulfat.** The Urol. a. Cutan. Review. 1926. Bd. 30. Nr. 9. S. 530.

104 Ekzemfälle wurden behandelt, die eine Veränderung des Kohlehydrat- und Chloridgehaltes des Blutes, sowie eine Vermehrung des Blutzuckers zeigten. Der bläschenförmige und nässende Zustand der Haut hängt sicher mit dem Chloridgehalt der Gewebe zusammen und das Jucken mit dem Kohlehydratgehalt. Das Natriumthiosulfat scheint einen bestimmten Einfluß auf das autonome Nervensystem zu haben. Es wird dreimal wöchentlich injiziert; eine Dosis, die ja für Metallintoxikationen zu gering ist. Gleichzeitig muß eine entsprechende Diät verordnet werden. Schlaflosigkeit und Jucken lassen bald nach, der ödematöse Zustand der Haut verschwindet; nach einigen Tagen folgt eine Abschilferung. In 80% eine schnelle Besserung. Die Fälle bisher 7 Monate nachbeobachtet; ob Dauer- oder temporäre Heilung noch unbestimmt. *August Simon*-Bonn.

Digitized by Google

Per und *Ratner:* **Zur Anwendung intravenöser Bromnatriuminjektionen bei einigen Dermatosen, im besonderen beim Ekzem.** Ven. u. Derm. 1926. Nr. 5.

Geft: **Beobachtungen über die intravenöse Anwendung des Broms bei Behandlung des Ekzems und einiger anderer Dermatosen.** Vernerologia u. Dermatologia. 1926. Nr. 5.

Obgleich die beiden ersten Verfasser, außer durch Bromlösung, ähnliche Erfolge auch durch Injektionen von Aq. dest. sahen, erkennen sie an, daß die nach der Einspritzung von Bromlösung im Blut zirkulierenden Ionen des Broms bei Ekzem auf nervöser Basis günstig wirken, woher diese Behandlung Beachtung verdient. *Geft* dagegen sieht im Brom nur ein symptomatisches Mittel unter anderen ähnlichen für die Ekzembehandlung. *A. Jordan.*

A. Jacubsohn: **Zur Behandlung einiger Hautkrankheiten mittels intravenöser Kochsalzinjektionen.** Dnjepropetrowskij Medicinsky Journal. 1926. Nr. 9/10.

Intravenöse Kochsalzinjektionen, alle paar Tage, allmählich steigend von 40—75 ccm, wurden vom Verf. in 23 Ekzemfällen angewandt, wobei er in 8 Fällen von akutem Ekzem ohne jede lokale Behandlung vollständige Genesung erzielte. Ebenso günstig war der Erfolg in 4 Fällen von Erythema exsudativum multiforme und in 2 unter 4 Fällen von Urtikaria. In Fällen von chronischem Ekzem konnte diese Behandlung nur als Unterstützung der lokalen dienen. *A. Jordan.*

Alawdin: **Zur Kalziumfrage beim Ekzem.** Journal zur Vervollkommnung der Ärzte (russisch). 1926. Nr. 7/8.

Verf. nahm bei einer Reihe von Ekzemkranken, vor und nach der Behandlung mit 5—10% Chlorkalziumlösung in Gestalt von intravenösen Injektionen zu 3—20mal, zu 7—1mal in der Woche, Blutuntersuchungen in bezug auf den Kalziumgehalt vor. Von 19 Fällen hatten 10 vor und nach der Behandlung einen normalen Kalziumgehalt im Blut, 9 vor der Behandlung des Ekzems einen unternormalen Kalziumgehalt, nach der Behandlung einen erhöhten. Da die Kalziuminjektionen, außer der ersten, welche beruhigt, immer am folgenden Tage eine Steigerung des Ekzems hervorrufen, sind dieselben nur bei chronischen Ekzemfällen mit Infiltration der Haut zu empfehlen. *A. Jordan.*

C. Rasel: **Über Ekzembehandlung.** Hospitalstid. 1925. S. 1118.

Verf. gibt an, daß die Heilung eines früher mit Röntgen behandelten Ekzems oft bedeutend schwieriger ist als eines nicht bestrahlten. Verf. macht auf die bei Ekzem oft vorkommende mykotische Infektion aufmerksam und empfiehlt hier Schwefel, Anthravobin oder Chrysarolin, ebenso Pinselungen mit 1—2% Kaliumpermanganatlösungen.

A. Kissmeyer.

A. S. Sokolow: **Weitere Beobachtungen über die Behandlung der Hautprozesse bei exsudativen Diathese.** Münch. med. Woch. 1926. Br. 23.

Ausgehend von der Anschauung, daß die Hautprozesse bei der exsudativen Diathese in gewisser Beziehung auf einer Hautanaphylaxie gegen ein oder mehrere, besonders aus der Nahrung der Mutter oder des Kindes herstammende Protëine beruhen, wandte der Verf. das folgende

Digitized by Google

Behandlungsprinzip an: Die Nahrung des Kindes oder auch die der Mutter wurde so gründlich verändert, daß weder die Protëinarten, die vor oder während der Erkrankung in der Nahrung des Kindes bzw. der Mutter enthalten waren, noch solche, die eine Gruppenverwandtschaft zu den ersteren besitzen konnten, in derselben vorhanden waren. Es wurden also aus der Nahrung nicht nur die Kuhmilch, sondern auch Rindfleisch und allerlei daraus bereitete Speisen, auch Hühnereier ausgeschlossen. In ähnlicher Weise wurde mit Fetten und Zucker verfahren. Nach Änderung der Nahrung wurde eine Protëintherapie zur Desensibilisation mit kleinen Mengen der anaphylaktisierenden Substanz durchgeführt, doch nur in Fällen, in denen die Nahrungsänderung allein nicht genügte. Es gelang dem Verf., mit der eben geschilderten Therapie bei 14 Fällen mit ausschließlicher Muttermilchernährung (13 Ekzeme, 1 Erythrodermia desquamativa Leiner), bei 29 Fällen mit künstlicher Ernährung (7 Ekzemfälle, 17 Prurigo, 5 Urtikaria) und bei 16 Kindern mit Ziegenmilchernährung (7 Ekzeme, 4 Prurigo, 2 Intertrigo, 3 Urtikaria) eine erhebliche Besserung oder dauernde Heilung fast ohne jede lokale oder innere Behandlung zu erzielen. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

H. Lippert-Köln: **Erfahrungen mit der Reizkörpertherapie, speziell mit Protasin, in der dermatologischen Praxis.** Derm. Wo. Bd. 83. Nr. 40. 1926.

Verf. hat Protasin, ein Laktalbuminpräparat, verwandt, gewöhnlich 5 Injektionen zu 5 ccm intramuskulär jeden oder jeden zweiten Tag. Seine Erfolge waren bei den verschiedenen Dermatosen (Erysipel, Herpes genitalis und zoster, Ekzemrezidiven, Furunkulose usw.) gut, und er glaubt eine Abkürzung der Krankheitszeit dabei festgestellt zu haben. Ebenfalls hat sich ihm das Protasin zur Provokation der weiblichen Gonorrhöe mit intrakutanen Quaddeln gut bewährt. *Krüger*-Sagan.

M. B. Tinker and *H. B. Sutton:* **Inefficiency of most of the commonly used skin antiseptics. (Unwirksamkeit der meisten gebräuchlichsten Hautantiseptika.)** Journ. Amer. Med. Ass. Bd. 87. Nr. 17. S. 1347. 1926.

Zahlreiche Untersucher haben die Unwirksamkeit des Jods als Antiseptikum festgestellt. Ein eigenes Studium von 1500 Kulturen zeigte, daß Jod, Trinitrophenol, Harringtons Quecksilberchloridlösung, Mercurochrom 220, Kaliumquecksilberjodid die meisten resistenten und einige der weniger resistenten pathogenen Bakterien durch Kontakt nicht töten. Die verschiedenen Antiseptika töteten verschiedene Arten von Erregern. Die meisten Erfolge scheinen für die Zukunft Anilinfarbstoffe zu versprechen. *Memmesheimer*-Bonn.

Laufer-Prag: **Über die Möglichkeit von Schädigungen durch Protëinkörperinjektionen.** M. Kl. 1926. 36.

Bei der heutigen „Modetherapie" der unspezifischen Reizbehandlung übersieht man nur zu leicht das „Primum non nocere". Es wird auch hier die Ernüchterung folgen. Schon geht man heute so weit, bislang festgefügte Anschauungen, wie z. B. die der Spezifität der Tuberkulinbehandlung bei Tuberkulose ihrer Spezifität zu entkleiden. Es kann sehr wohl geschehen, daß auf die negative Phase bei unspezifischer Injektion die positive ausbleibt, daß eine dauernde Wendung zum Schlimmeren bestehen bleibt, wie man sie bei derTuberkulinbehandlung z. B. anerkanntermaßen gar nicht so selten zu Gesicht bekommt. Sehr große Vorsicht ist bei

Digitized by Google

Tuberkulose vor allem der Lunge erforderlich. So wie hier besonders kann aber auch sehr wohl bei vielen anderen infektiösen und sonstigen Leiden eine Verschlechterung eintreten. Dazu drei eigene Kasuistiken (Gastrische Krisen, chronische Polyarthritis und Ulcus duodeni), die zur Kritik drängen, und zwei weitere fremde (Endokarditis und tuberkulöse Spinalmeningomyelitis), von denen letzterer Fall infolge Vakzineurin zum Exitus kam.

Siegfried-Aachen.

Sellei, Barsony und *Liebner:* **Die Behandlung des Ekzems mit intravenösen Injektionen von 10%iger Kochsalzlösung.** M. Kl. 1926. 42.

Die intravenöse Behandlung von akuten, nässenden Ekzemen und Dermatitiden mit obiger Lösung hat ebenso wie die mit 10%iger Natrium bromatum-Lösung recht gute Erfolge gezeitigt. Dabei ist noch unklar, ob es sich um die Hypertonie der Lösungen handelt oder ob Ionenwirkung vorliegt. Auch bei äußerst empfindlichen Fällen, die bisher jeder Behandlung spotteten, ergab sich nach obiger Behandlung ein Ansprechen auf die vorher verweigerte Salbenbehandlung. Nur 5 von 28 Fällen blieben unbeeinflußbar. Die Verfasser gaben täglich 10 ccm einer 10%igen Chlornatriumlösung intravenös. In den meisten Fällen soll sich das Jucken schon nach der ersten Einspritzung vermindert, das Nässen gelegt, die objektiven Erscheinungen wesentlich gebessert haben. Verfasser behandelten daneben aber in einigen Fällen noch mit Salben.

Siegfried-Aachen.

Wartanjantz: **Über Behandlung einiger Hautkrankheiten mit intravenösen Injektionen von Sol. natri-bromati.** Russki Westnik Dermatologii. 1926. Bd. 4. Nr. 8.

Befriedigende Erfolge durch intravenöse Brominjektionen bei Ekzem und Hautjucken. Bei Psor. vulg. kann man dieselben versuchen.

A. Jordan.

Völckers: **Zur Behandlung des Pemphigus neonatorum und der Dermatitis exfoliativa mit Rivanol.** M. Kl. 1926. 35.

Verf. empfiehlt das vorzügliche Antiseptikum Rivanol als ½‰iges Rivanolbad, zu Umschlägen in 1%iger Lösung; als 1%iges Pulver und 1%ige Salbe, je nachdem, bei obigen Krankheiten, deren er allerdings bislang nur 2 Fälle behandelte. Wenn früh angewandt, sollen diese Mittel voraussichtlich sekundäre Infektionen verhindern. Dazu die beiden Kasuistiken. *Siegfried*-Aachen.

G. Therleff-Helsingfors: **Über die Behandlung der Dermatitis herpetiformis Duhring mit Neosalvarsan.** Acta dermato-vén. Bd. VII, 3. 1926.

9 Fälle, behandelt mit einer Injektion zu 0,3 (Fall 4), bis 6 Injektionen zu 0,6 (Fall 2). Fall 4 erhielt, als er auf die erste Neosalvarsangabe mit hohem Fieber reagierte, später Calcium lacticum. In 4 Fällen sind die Hauterscheinungen vollkommen verschwunden, in den 5 übrigen Fällen haben sich die Effloreszenzen gebessert, besonders bei 2 Fällen. Bemerkenswert ist, wie schnell die subjektiven Erscheinungen, das Jucken und Brennen in der Haut verschwunden sind. Rezidive sind in 4 Fällen vorgekommen. Zwei Patienten sind gestorben; einer an einer schweren Anämie und Nephritis, einer an der D. h.-Duhring. Aus der guten Wirkung des Neosalvarsans Schlüsse auf die Ätiologie der D. h.-Duhring zu ziehen, hält Verf. für verfrüht. *Arthur Alexander*-Berlin.

Digitized by Google

H. Th. Schreus und *G. Esser*-Düsseldorf: **Beitrag zur Therapie des Pemphigus vulgaris.** Derm. Wo. Bd. 83. Nr. 37 u. 38. 1926.

Eingehende Stoffwechseluntersuchungen haben ergeben, daß beim Pemphigus ein erhöhter Eiweißstoffwechsel besteht und die Blasenbildung als eine erzwungene Hilfsmaßnahme des Organismus gegen die erhöhte NaCl-Retention aufzufassen ist. Verf. hat nun versucht, bei 2 Patientinnen durch Ausschaltung der Tätigkeit der Ovarien durch Röntgenbestrahlung den Stoffwechsel herabzusetzen. In der Tat zeigte sich in beiden Fällen ein Nachlassen in dem Auftreten der Blaseneruptionen, und allmählich verschwanden dieselben fast vollständig. In einem Falle wurde außerdem noch Antithyreodin Möbius gegeben. *Krüger*-Sagan.

A. Buschke, B. Peiser und *E. Langer*-Berlin: **Die Epilation bei Haarpilzerkrankungen mittels Thalliumazetat und ihre experimentelle Begründung.** Derm. Wo. Bd. 83. Nr. 27 1926.

Auf Grund von experimentellen Untersuchungen konnte festgestellt werden, daß wir in dem Thalliumazetat ein Mittel besitzen, das imstande ist, den Ausfall der Kopfhaare herbeizuführen. Die Methode ist zur Bekämpfung der Pilzerkrankungen des behaarten Kopfes überall dort geeignet, wo es sich um ausgedehnte Epidemien handelt, besonders in Gegenden, wo nicht genügend Röntgenapparate zur Verfügung stehen. Außerdem kommen noch Kinder unter 3 Jahren, imbezille Jugendliche und Insassen von Irrenanstalten in Frage. Als erforderliche und brauchbare Dosis hat sich die einmalige Gabe von 8 mg pro Kilogramm Körpergewicht per os erwiesen. Vorher ist natürlich eine eingehende Untersuchung des Kindes erforderlich, da aus den Tierexperimenten auf eine starke und ausgesprochene Wirkung des Thalliums auf das endokrine System geschlossen werden kann (atrophische Veränderungen an Schilddrüse, Hoden, Nebennieren und allgemeine psychische Störungen). Etwa 6—8 Tage nach der Thalliumgabe lockern sich die Haare und zwischen dem 16.—18. Tag ist der Kopf im allgemeinen kahl. Die Thalliumepilation ist meist besser und zuverlässiger als die durch Röntgenstrahlen. Störungen in der Regeneration des Haarkleides wurden bisher bei dieser Methode nicht beobachtet. Kurz werden auch Versuche erwähnt, die zum Ziele haben, unter Zuhilfenahme von kleinen, sicher unschädlichen Röntgendosen die erforderliche Thalliummenge herabzusetzen. Durch die Kombination beider Methoden ist man vielleicht auch imstande, begrenzte Herde zu epilieren. *Krüger*-Sagan.

A. Buschke, E. Langer und *L. Schayer:* **Die Epilation bei Haarpilzerkrankungen mittels Thallium.** Münch. med. Woch. Nr. 20. 1926.

Die bisher nur von ausländischen Autoren an ca. 600 Fällen angewandte Thalliumepilation bei Trichophytie und Mikrosporie wurde an 14 Kindern im Alter von 1—11 Jahren von den Verfassern nachgeprüft. Die Kinder erhielten pro Kilogramm Körpergewicht 8 mg Thalliumazetat (Kahlbaum) in Zucker gelöst. Zirka 6—8 Tage nach der Darreichung machte sich bereits ein Haarausfall bemerkbar, der nach 12—14 Tagen stärker wurde und nach 16—18 Tagen zu einer vollkommenen Epilation führte. Nebenerscheinungen wurden in keinem der Fälle beobachtet. Die Thalliumepilation ist daher in allen Fällen, in denen eine Röntgenbestrahlung kontraindiziert ist, anzuwenden, so bei Kindern unter drei

Digitized by Google

Jahren, ferner bei Kindern, die trotz der Röntgenepilation ein Rezidiv bekommen und bei geisteskranken unruhigen Kindern. Versuche, die Thalliumbehandlung mit der Röntgenbestrahlung zu kombinieren und auf diese Weise nur die Hälfte der bisher üblichen Dosis zu verabreichen, sind im Gange. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

Kleinmann: **Unsere Erfahrungen mit dem Thalliumazetat bei Haarpilzerkrankungen.** M. Kl. 1926. 46.

Verf. hat bislang 63 Kinder wegen verschiedener Pilzhaarerkrankungen nach *Buschke* mit obigem Mittel behandelt. (Vgl. D. Z. Oktober 1926, Berl. Dermat. Gesellsch. S. 75. Ref.) Auch hier totaler Haarausfall nach 14—20 Tagen, auch hier Zurückbleiben von Haaren an Stirnhaargrenze, und nur in 8 Fällen fielen die Haare der lateralen Augenbrauenseiten leicht aus. Sonst aber immer völliger Erfolg. Nach Haarausfall Entfernen der verbliebenen Haarreste mit Haube aus Kolophonium und Wachs, worauf Kopf wie „Billardkugel", dann Desinfektion der Kopfhaut mit Jodtinktur und Präzipitatsalbe. 58 Kinder vertrugen das Thallium anstandslos, sonst mal Albuminurie, Wadenschmerzen, Durchfall, Aphthen, Gelenkschmerzen. Aber alle diese seltenen Zufälle in 4—5 Tagen erledigt. Gerade für Rußland ist dieses Verfahren von „eminentem Wert".

Siegfried-Aachen.

M. Levai-Budapest: **Die biologischen Eigenschaften der Haut und die hormokutane Salbenbehandlung der Rachitis.** Wien. kl. Wo. Nr. 35. 1926.

Die Rachitis ist eine Stoffwechselkrankheit, deren Wesen die Azidosis ist und die zu einer Einwirkung und Veränderung der Blutdrüsen führt, so daß also die Blutdrüsen bei der Entstehung und dem Verlauf der Rachitis eine gewisse Rolle spielen. Die von *Langstein* und *Vollmer* eingeführte hormokutane Salbenbehandlung hat also eine theoretische Berechtigung. Jedoch ist diese Wirkung, die in der Tat in klinischen Fällen nachweisbar ist, nicht eindeutig, da man ähnlich günstige Erfolge mit leeren Salben und mit Salben mit Zusatz von Knochenmark erzielen kann. Solange die chemische Struktur der Hormone nicht sichergestellt ist und man ihre Resorption durch die Haut einwandfrei nachweisen kann, ist die Therapie nicht als spezifisch anzusprechen. Die Veränderungen, die nach hormokutaner Salbenanwendung im Organismus (Leukozytensturz, Blutzuckerverschiebung) auftreten, lassen sich auch nach anderen, ganz indifferenten Hautreizen nachweisen und sind in keiner Weise spezifisch.

Krüger-Sagan.

Schlunk-Bremen: **Der variko-atonische Symptomenkomplex. a) Behandlung, b) Bedeutung in der Unfallpraxis.** Vortrag im Ärztl. Verein Bremen, April 1926. M. Kl. 1926, 32.

Zu festen Leimverbänden werden Glaukobinden empfohlen, weil sie nach Erstarren noch genügend Dehnbarkeit besitzen. Glaukobindetechnik genau angegeben. Varizen ersten Grades, also noch nicht varikös entartete Venen, werden durch aufsteigende Vibrationsmassage gekräftigt und geheilt. Zur *Linser*schen Venenverödung wird 15—25%ige Kochsalzlösung empfohlen. Um die dabei bekannten, oft starken Schmerzen zu vermeiden, verwendet man besser Varikophtin, das Opium enthält. Nicht zu viel in einer Sitzung veröden wollen, da dann leicht Überdruck in

Digitized by Google

gebliebenen Venen entsteht. Gegen Venenentzündung keine feuchten Verbände, sondern die *Laskersche* Methode: Pinselung mit 2—3%iger Jodtinktur in 50%igem Alkohol. In chronischen Fällen über Verband nachts noch Thermophor. Diese Methode soll recht erfreulich sein. Bei keratotischer Dermatose 5—10%ige Salizylsalben mit Schwefel, dann Röntgen oder Teersalben. Nässende Formen pinseln mit 10%iger Höllensteinlösung. Ganz hervorragend Doramadsalbe 5 g mit 3000 Strahlungseinheiten der Auer-Glühlichtgesellschaft Berlin. Auf Geschwüre Jodoform, Vioformkampher oder Sozojodol, eventuell mit Anästhesin, darüber Zinkpastenverband. Torpide Geschwüre müssen stark gereizt werden, wozu Pyotropin der Lupusangesellschaft Altona recht gut ist, wenn auch schmerzhaft. Ganz besonders empfiehlt Verf. bei torpiden Geschwüren die von ihm zusammengestellte Philoninsalbe der Chemischen Fabrik Promonta in Hamburg, die Kupfersalz, Arg., Bor, Trypaflavin, Perubalsam und Zinkpaste enthält. Technik angegeben. Geschwüre nur abtupfen mit 60%igem Alkoholwattebausch. Abwischen Kunstfehler, weil granulationszerstörend. *Siegfried*-Aachen.

Schlunk-Bremen: **Bedeutung der Unfallpraxis.** M. Kl. 1926. 33.

Für lokalisierte Variko-Atonie kommen als Unfall in Betracht: Brüche des Schenkelhalses, des Ober- und Unterschenkels und Knies, die durch große Kallusbildung die tieferen Venen stauen, so daß die oberflächlichen überlastet werden. Alle sonstigen Rückflußstörungen, wie sie bei Hernien, Enteroptosen, Hämorrhoiden und Herzfehlern bestehen, schließen Unfall aus. Man soll immer beide Unterschenkel und Beine prüfen; sind an dem vom Unfall nicht betroffenen Beine Anzeichen des varikösen Komplexes vorhanden, dann kann ein Unfall höchstens als Verschlimmerung des schon bestehenden Leidens gewertet werden. Erst bei großen Geschwüren oder mehreren kleinen ist die Rente mit 15—20% hoch genug. Tritt Venenentzündung hinzu, dann, wenn einseitig, bis 33%; wenn doppelseitig, bis 66% bei Unfall. Dauerrenten soll man bei den oft eintretenden Schwankungen überhaupt nicht zugestehen. Bei der Chronizität des Leidens besteht die große Gefahr, durch zu bereitwillige Rentenbewilligung Rentenneurastheniker zu züchten. *Siegfried*-Aachen.

Groß: **Zur operationslosen Hämorrhoidenbehandlung.** Vorläufige Mitteilung. M. Kl. 1926. 32.

Die letzten Jahre haben drei wichtige Fortschritte gebracht: 1. die Chlorkalziumbehandlung bei Blutungen nach *Boas* und seine Knoteninjektion mit 96%igem Alkohol, dann sein Vorschlag, prolabierte Knoten nicht zu reponieren, sondern sie durch Saugköpfe weiter zu entwickeln, durch perianales Ödem zu fixieren und sie dadurch abzuschnüren; 2. die Erkenntnis, daß Kolibakterien bei Hämorrhoidalleiden eine große Rolle spielen, die durch Koliantitoxin verhindert wird (Posterisan) und 3., daß man Stauungszustände im Mastdarm durch anale Skillaren- oder Digitaliszufuhr wesentlich herabsetzen kann, so daß Knoten heilen. Verf. hat, von der weiteren Erfahrung ausgehend, daß er bei Anwendung von allerlei Jodmedikamenten gute Resultate gegenüber Analfissuren und -entzündungen erzielte, also gegenüber den „Kolisammelstellen", Koli-Yatren lokal angewandt. Koli-Yatren wirkt lokalbakterizid, granulationsanregend und austrocknend. Dabei dringt es sehr tief. Prall gefüllte, prolabierte Knoten

Digitized by Google

rät er zu punktieren mittels *Behring*scher Venüle, dann mit dünnster Nadel Yatren oder Koli-Yatren einzuspritzen. 5—10%ige Yatrensalbe hinterher. *Siegfried*-Aachen.

Br. Bloch, A. Labouchère und *Fr. Schaaf:* **Versuche einer chemischen Charakterisierung und Reindarstellung des Trichophytins.** Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 148. S. 413.

Das durch Fällung mit absolutem Methylalkohol usw. hergestellte Trockentrichophytin ist ein sehr beständiger, gegen Hitze, Oxydation und Reduktion sehr resistenter Körper. Leicht löslich in Wasser, gibt keine Eiweißreaktion, vollständig dialysierbar. Das biologisch wirksame Prinzip findet sich in enger Verbindung mit einem N-haltigen Polysaccharid ähnlicher Eigenschaften, das beim Abbau Glukosamin ergibt. *Naß*-Stolp.

E. Delbanco-Hamburg: **Zum Aufsatz von Winkel: Bekämpfung der Framboesia tropica mit Salvarsan. Ein Ausblick auf die Bekämpfung der Syphilis.** Derm. Wo. Bd. 82. Nr. 26. 1926.

Die märchenhaften Erfolge des Neosalvarsans bei der Bekämpfung der Framboesia tropica verlangen Rechenschaft darüber, wie die Erfolge bei der Luesbekämpfung sind. Wenn auch die Kliniken eine Zunahme der spezifischen Herz- und Nervenerkrankungen glauben feststellen zu können, so hat in der letzten Zeit die Zahl der Neuerkrankungen in Deutschland wieder abgenommen. Die weniger günstigen Erfolge bei der Lues hängen mit dem Charakter der Krankheit zusammen, da es nicht so schnell gelingt, die Spirochäten völlig zu vernichten. Daher ist eine längere und gründliche Behandlung erforderlich, die öfter an der Gleichgültigkeit der Patienten scheitert. Aber weil die Luesbehandlung heute Allgemeingut der Ärzte geworden ist, werden wohl auch stellenweise zu geringe Gesamtdosen gegeben, und die Unterbehandlung begünstigt die Späterkrankungen. *Krüger*-Sagan.

F. Simon-Berlin: **Über Wundbehandlung mit Rohparaffinölpaste (Granugenpaste).** Derm. Wo. Bd. 82. Nr. 20. 1926.

Experimentelle Untersuchungen von *Rost* haben ergeben, daß Rohparaffinöl die stärkste Anregung zur Bindegewebsneubildung gibt. Ein solches Öl ist das von der Firma Knoll, Ludwigshafen, hergestellte „Granugenol", das in 50%iger Konzentration mit Zinkoxyd vermischt, als Granugenpaste in den Handel kommt. Mit dieser Paste wurden zahlreiche Ulcera cruris der verschiedensten Ätiologie meist nach jahrelangem Bestehen behandelt. Gewöhnlich gelang es, nachdem das Terrain vorher möglichst keimfrei gemacht war, nach einigen Wochen die Ulzera zur Überhäutung zu bringen, und das Narbengewebe erwies sich als äußerst resistent. Ebenfalls wurde bei Lupus vulgaris nach der Ätzbehandlung mit Pyotropin eine kosmetisch einwandfreie Narbe erzielt. *Krüger*-Sagan.

P. G. Unna-Hamburg: **Prophylaxe und Therapie von Gingivitiden und Stomatitiden unter besonderer Berücksichtigung des chlorsauren Kalis.** Bemerkungen zu der gleichnamigen Arbeit von Dr. *Lucke* in Nr. 21 dieser Zeitschrift. Derm. Wo. Bd. 83. Nr. 28. 1926.

Verf. empfiehlt aufs neue die Anwendung des reinen Kaliumchlorats zur Desinfektion der Mundhöhle bei Anginen und Stomatitiden. In den Mengen, in denen es eventuell dabei verschluckt werden kann, tritt keine

Digitized by Google

Intoxikation auf. Verf. hat sogar über längere Zeit 2,0 g Kalichlorat intern bei Zystitis gegeben, weil es in ausgiebigster Weise die Blasenhöhle mit frischem Sauerstoff versorgt. *Krüger*-Sagan.

J. Vonkennel: **Über neuzeitliche Behandlungsmethoden der Pediculosis capitis.** Münch. med. Woch. Nr. 20. 1926.

Nach den Untersuchungen des Autors ist zur Behandlung der Pediculosis capitis jetzt das farblose und fast geruchlose Kuprex zu empfehlen. Zur Abtötung der Läuse genügt die Anlegung einer mit diesem Mittel getränkten Kopfhaube für nur 1—2 Stunden. Darauf Säuberung des Haares mit warmem Seifen- und Sodawasser und Auskämmen mit dem Nißkamme. Mikroskopische Feststellungen ergaben, daß junge Läuse bereits nach 2—5 Minuten, alte Tiere nach 8—12 Minuten, die Nissen nach 5—10 Minuten langer Kuprexeinwirkung abgetötet waren.

J. Weinstock-Charlottenburg.

Wainstein: **Zwei mit Antimon behandelte Fälle von Hautleishmaniose.** Kasanski Medicinski Journal. 1926. Jg. 22. Nr. 8.

33jähriger Mann, welcher im Jahre 1920 in Turkestan gelebt hatte, erkrankte seiner Ansicht nach erst im Jahre 1923; ein 4jähriges Mädchen angeblich ein Jahr nach Verlassen Turkestans. Bei beiden fanden sich Geschwüre im Gesicht, in deren Eiter die Leishmania tropica gefunden wurde. Beide Kranke erhielten intravenös, 2mal wöchentlich, 1% Stibiumlösung, der erstere in der Menge von 5,0—12,0, das Mädchen zu 1,0—5,0. Nach je 10 Injektionen verheilten die Geschwüre. *A. Jordan*-Moskau.

G. Brase: **Zur Behandlung der Pernionen.** Münch. med. Woch. Nr. 21. 1926.

Bei 30 Fällen von Pernionen gelang es dem Verfasser, durch eine ein- oder zweimalige intraglutäal gegebene Aolaninjektion von 5—10 ccm nach kurzer Zeit eine Heilung mit oft vollkommener Rezidivfreiheit zu erzielen. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

Görl und *L. Voigt:* **Bemerkungen zur Triphalbehandlung.** Münch. med. Woch. Nr. 33. 1926.

Die Verfasser teilen 5 Fälle mit (Lupus erythematodes, Psoriasis, Pemphigus vulgaris), die mit Triphal behandelt wurden und bei denen sich unmittelbar nach der Injektion leichtere bis außerordentlich schwere Nebenerscheinungen ausbildeten, bestehend im Auftreten von schweren Kollapsen, Magen- und Darmerscheinungen, Bewußtseins- und Sensibilitätsstörungen, Schwindel und in einem Falle sogar in einer halbseitigen Hemiplegie. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

F. W. Kloeppel: **Schwerer Kollaps nach Triphalinjektion bei einer Psoriatikerin.** Münch. med. Woch. Nr. 28. 1926.

Bei einer 30 Jahre alten Patientin mit einer ausgedehnten Psoriasis stellte sich unmittelbar nach der 7. Injektion von 0,075 g Triphal ein Zustand schwersten Kollapses ein, während die ersten 6 Injektionen in der Dosis von 0.005—0,05 ohne Beschwerden vertragen wurden. Der Kollaps war mit einer Beeinträchtigung des Sensoriums verbunden und ging mit starken kolikartigen Leibschmerzen und Erbrechen einher, das 8 Stunden andauerte. Der Puls besserte sich nach subkutaner Adrenalininjektion, 4½ Stunden nach Applikation des Triphals.

J. Weinstock-Charlottenburg.

Digitized by Google

W. Gent: **Beobachtungen über die Wirkung des Triphals bei Psoriasis.** Münch. med. Woch. Nr. 25. 1926.

Verf. behandelte 10 Psoriasisfälle mit Triphal in Dosen von 0,01 bis 0,05 ccm, in 10tägigen Zwischenräumen injiziert. Während die schwachen Einspritzungen verhältnismäßig gut, wenn auch nicht einwandfrei vertragen wurden, war es dagegen nicht möglich, die Dosis von 0,05 mehrfach zu geben. Denn es stellten sich Pulsbeschleunigung bis zu 130 in der Minute, stark ausgeprägte Zyanose und Atemnot, sowie eine Stunde dauernder Hustenreiz ein; ferner machten sich starker Kopfschmerz, heftiges Kribbeln in Händen und Füßen, Erbrechen, Schwindel und 2 Tage anhaltende Appetitlosigkeit bemerkbar. Irgendeine Beeinflussung der psoriatischen Effloreszenzen konnte in keinem Falle festgestellt werden.

J. Weinstock-Charlottenburg.

Herzog: **Über die Behandlung der Sklerodermie mit intravenöser Injektion von Kochsalzlösung,** M. Kl. 1926. 31.

Auf Grund der Erfahrung, daß beim intermittierenden Hinken durch hypertonische Kochsalzinjektionen in die Vene der periphere Kreislauf gebessert wird, hat Verf. durch das gleiche Verfahren versucht, um auch die Sklerodermie zu beeinflussen, da ja auch bei ihr spastisch kontrahierte Arterien zum Krankheitsbilde gehören. Gegeben wurden täglich 10 ccm einer 10%igen Kochsalzlösung intravenös bis 48. Angeführt sind acht kurze Kasuistiken, aus denen sich erweist, daß das Verfahren in 6 Fällen durchaus günstig wirkte, indem die kalte Haut wärmer wurde und sich rötete. Nicht so günstig war der Erfolg in bezug auf die Gewebsinduration.

Siegfried-Aachen.

Paul E. Bechet, M. D.-New York: **The Intravenous Administration of Sodium Chloride in Bromoderma. (Intravenöse Kochsalzinjektionen bei Bromexanthemen.)** Journ. Americ. Med. Ass. Vol. 87. Nr. 5. 1926.

Ausgehend von der Tatsache, daß die Anwendung von Bromsalzen in der Therapie von Tag zu Tag zunimmt und daß damit verbunden die Zahl der Bromexantheme sich ständig vermehrt, sieht sich Verf. veranlaßt, etwas näher auf dieses Thema einzugehen. Unter anderem erwähnt er einen von *Castello* beschriebenen Fall mit plazentarer Übertragung bei einem Säugling, dessen Mutter große Bromdosen genommen hatte, ohne selbst irgendwelche Schäden zu verspüren. Trotzdem das Kind nicht von der Mutter gestillt wurde, stellte sich 3 Tage nach der Geburt bei ihm ein Bromexanthem ein. Nach den Vorschlägen von *Wile, Guy, Jacob* und *Andrews* wandte Verf. bei 3 Fällen von Bromdermatosen intravenöse Kochsalzinjektionen an. Er gab ansteigende Dosen von 1/10 n — n Kochsalzlösung in Mengen von 50—100—200 ccm. Schon nach den ersten Injektionen zeigten die Hautveränderungen erhebliche Besserung. Zuweilen wurde eine Allgemeinreaktion beobachtet, nach deren Ablauf der gewünschte Erfolg auftrat. Als Kontraindikation ist eine Nephritis anzusehen, da eine evtl. auftretende Bromausscheidung eine Nierenreizung zur Folge haben würde.

Röntz-Bonn.

A. Kikmeyer: **Ichthyol in der Furunkulosebehandlung.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 5. 1926.

K. empfiehlt Behandlung des Furunkels mit Anstrich von reinem Ichthyol, worunter die Entzündung schnell schwindet und im Falle der Perforation die Eitersekretion bald versiegt.

Zurhelle-Bonn.

Digitized by Google

Wehnert: **Behandlung des Erysipels mit Erysiptin.** M. Kl. 1926. 45.

Erysiptin der Firma Chem. Fabrik Hugo Sternberg, Dresden, ist ein karbolisiertes Jod-Ichthyol-Terpentingemisch. Ätherische Öle, wie Terpentin, dringen in Gasform leicht in die Gewebszellen ein, zumal sie auch leicht Lipoide lösen. Damit soll beim Erysiptin die Terpentinkomponente den anderen mit ihm verkoppelten Medikamenten als Schrittmacher in die Tiefe dienen. Erfolge bei bisher 5 Fällen sollen zu weiteren Versuchen anregen. *Siegfried*-Aachen.

Zwerg: **Die externe Salizylbehandlung rheumatischer Erkrankungen mit Salurheuma.** M. K. 1926.

S. der Firma Chemische Fabrik „Perozon", Zwickau, besteht aus Salizylsäure, Menthol und Anästhesin. Sehr gute Erfolge bei allerlei Arten rheumatischer Beschwerden, bei Myalgien angeblich nie Versager. Jedenfalls geht Salizyl beim Massieren glatt durch die Haut, was Eisenchloridprobe im Urin erweist. *Siegfried*-Aachen.

Sakrepa: **Zur Behandlung des Lichen ruber planus mit Jodsalzen.** Russki Westnik Dermatologii. 1926. Bd. 4. Nr. 9.

In 2—5 Monaten erzielte Verf. bei Lichen ruber planus in 6 Fällen durch 4—5%ige JNa-Lösung Schwund der Erscheinungen.

A. Jordan.

Gorski: **Zur Behandlung der Epidermolysis bullosa hereditaria dystrophica.** Russki Westnik Dermatologii. 1926. Bd. 4. Nr. 7.

Angeblicher Erfolg durch NS-Injektionen. *A. Jordan*-Moskau.

J. Jeanselme, E. Schulmann und *L. Popoff:* **Pigmentierung und Keratodermie durch Arsen.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 6. 1926.

Bei einer 19jährigen Frau trat im Anschluß an eine während der Schwangerschaft durchgemachte Salvarsanbehandlung eine schwere Erythrodermie auf, welcher eine Pigmentierung der Haut mit bedeutender Hyperkeratose folgte. Abbildung klinischer und histologischer Befunde nebst Berücksichtigung der Literatur. *Zurhelle*-Bonn.

Kislitschenko, Skoplje: **Über einen tödlich verlaufenen Fall von Pyrogallolvergiftung.** M. Kl. 1926. 35.

12jähriges Mädchen mit Lp. tumidus et exulcerans nasi et faciei, mit Lp. sclerosus serpiginosus verschiedener sonstiger Körperteile, im ganzen etwa 80—100 qcm Körperfläche, bekam nach Pasta Boeck, die ja Pyrogallol und Salizylsäure zu je 20% enthält, schon am Tage nachher örtliche reaktive Entzündung, worauf Paste entfernt wurde. Am weiterfolgenden Tage nochmals 10—12 g der Paste. Schon 2 Stunden hernach Atemnot, Schüttelfrost, Erbrechen, schwarzer Urin. Gegen Abend Krämpfe und trotz Aderlasses, der kaffeebraunes Blut ergibt, Exitus. Somit hat eine Gesamtmenge von 4 g Pyrogallol, wie sie Verf. berechnet, diese verheerende Wirkung gehabt, trotzdem sofort nach beginnender Intoxikation das Medikament entfernt wurde. Sicherlich hat hier die Salizylsäure dem Pyrogallol den Weg in die Tiefe geebnet. *Siegfried*-Aachen.

J. F. Schamberg, M. J. Harkins and *H. Brown:* **Gold compounds in treatment of experimental tuberculosis of skin in animals. (Der Einfluß des Goldes auf die experimentelle Hauttuberkulose beim Tier.)** Arch. of Derm. and Syph. Bd. 13. H. 1. Jan. 26.

Digitized by Google

Zu den Versuchen wurde dem Kaninchen eine Suspension von Tuberkelbazillen vom Typus bovinus intradermal appliziert (0,05—0,1 ccm Suspension enthaltend 0,01 mg Tuberkelbazillen). Nach einiger Zeit bilden sich Schwellungen, die schließlich in Ulzera übergehen. Unbehandelt gehen die Tiere nach etwa 120 Tagen ein. Untersucht wurden mehrere Gold-Eiweiß-Verbindungen, sowie Goldarsphenamin. Durch die Behandlung konnte der klinische Verlauf der Hauttuberkulose deutlich beeinflußt werden, was sich besonders in einer Abnahme der Infiltrate zeigte, und eine wesentliche Verlängerung der Lebensdauer erzielt werden. Meerschweinchen eignen sich nicht zu diesen Versuchen, da sie der experimentellen Infektion mit Tuberkelbazillen zu schnell erliegen. In der Einleitung kurze Besprechung der Goldpräparate Aurokantan, Krysolgan, Triphal und Sanokrysin. *G. H. Klövekorn*-Bonn.

Ladeck: **Erfahrungen mit der subepithelialen Tuberkulinbehandlung nach Sahli.** M. Kl. 1926. 34.

Diese obige Methode, deren Technik genau angegeben ist, hat den Vorteil, daß sie auch, streng nach Vorschrift geübt, von weniger Erfahrenen durchgeführt werden kann, ohne daß man Gefahr läuft, durch Überdosierung Schaden anzurichten. Es kommt hier auf Anlegung einer Quaddel 1 mm unter der Epidermis an. Da diese Einstichstelle nun von einem mehr oder minder großen Reaktionshof sich in der Folge umgeben zeigt, hat der Arzt immer die Möglichkeit, indem er sich schnell vortastet, genau die zulässige Quantität der Anfangsdosis festzustellen, von der er dann schnell weiterkommt. Empfohlen wird diese Behandlungsweise besonders dort, wo nach anfänglichen Erfolgen der physikalischen Behandlungsmethoden, wie so oft, ein Stillstand der Besserung eintritt, um dem Körper dann einen neuen Impuls zu geben. Die Dosierungstechnik, die einfach u. klar ist, muß im Original nachgelesen werden. *Siegfried*-Aachen.

Wichmann-Hamburg: **Über Versuche mit Alttuberkulinpflaster und Tuberkulinsäurepflaster zum Zwecke der Diagnose und Therapie.** Derm. Wo. Bd. 82. Nr. 20. 1926.

Ausgehend von den Erfolgen, die mit anderen Hauttuberkulinen in diagnostischer Beziehung erzielt wurden, aber in ihrer Dosierung ganz ungenau sind, hat Verf. von der Firma Beyersdorf Pflaster herstellen lassen, die mit Alttuberkulin und Tuberkulinsäureester beschickt sind, und zwar so, daß auf 4 qcm Pflaster 0,02 Alttuberkulin enthalten sind. Mit diesen Pflastern ließ sich eine deutliche spezifische lokale Reaktion erzielen. Die Esterreaktion ist im allgemeinen stärker als die Alttuberkulinreaktion. Fast nie traten Herdreaktionen auf. Will man diese erzielen, so empfiehlt Verf., an mehrere Körperstellen solche Pflaster zu legen und eventuell die Haut darunter zu skarifizieren. *Krüger*-Sagan.

Kn. Seeter: **Die Behandlung von Lupus vulgaris mit Sanocrysin.** Ugeskrift f. Leeger. 1926. S. 461.

Verf. hat, im Gegensatze zu *Reyn*, in einem Fall von Lupus gute Resultate der Sanocrysinbehandlung gesehen mit einer Dosis von 0,5 g und vier Dosen von 1 g. *A. Kissmeyer.*

Ferdinand Winkler: **Zur Vanadiumtherapie.** Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 148. S. 389.

Günstige Erfolge bei Lichen ruber, Ulkus molle, Psoriasis und Malaria. *Naß*-Stolp.

Digitized by Google

Francis Charter Wood, M. D.: **Use of Colloidal Lead in the Treatment of Chancer. (Kolloidales Blei als Krebsmittel.)** New York. Journ. Americ. Med. Ass. 1921. Bd. 87. Nr. 16.

Nach einer ausführlichen Besprechung der bisher in der Therapie der malignen Tumoren angewandten Kolloidmetalle, insbesondere des kolloidalen Bleis, geht Verf. auf seine eigenen Versuche näher ein. Das kolloidale Blei wird hauptsächlich in den Tumorzellen gespeichert, während der Körper selbst nur geringe Bleimengen nachweist. Die Ausscheidung der restlichen Produkte geschieht durch Darm und Nieren. Kolloidale Lösungen reizen die Gefäße weniger als echte. 24 Stunden nach der Injektion erfolgt meist eine starke Anschwellung des Tumors, bedingt durch gesteigerte Blutfüllung. Daran anschließend tritt in der Regel Thrombenbildung auf, die später einer durch Nekrose bedingten Schrumpfung des Tumors Platz macht. Die Dosierung ist recht vorsichtig zu gestalten, da leicht Schädigungen wie Lebernekrosen, Anämien, Ikterus und Nekrose der Nierenepithelien auftreten. Wichtig ist vor allem die ständige Kontrolle des Blutbildes und des Urins. Die Wirkung des kolloidalen Bleis läßt sich durch Röntgenbestrahlungen erhöhen. Eine Sekundärstrahlung, von den im Tumor aufgespeicherten Metallteilchen ausgehend, wird vom Verf. abgelehnt. *Röntz*-Bonn.

Gooßmann: **Zur perkutanen Schwefeltherapie chronisch-rheumatischer Erkrankungen mit Perthisal.** M. Kl. 1926. 42.

Spezifisch wirkt beim Perthisal der Schwefel als solcher, unspezifisch die an der Einreibungsstelle entstehenden Schwefeleiweißverbindungen. Verf. hatte sehr günstige Erfolge auch bei den hartnäckigsten Muskelrheumatitiden, Lumbago, chronischen Neuralgien und Ischias. Bei ossalen Gelenksveränderungen versagte das Mittel nicht, aber da, wo nur Knorpel ergriffen war. Jedenfalls geht der Schwefel glatt durch die Haut.

Siegfried-Aachen.

R. Burow: **Thiosanol.** Münch med. Woch. Nr. 22. 1926.

Thiosanol ist ein dem Ichthyol nah verwandter ölig-balsamischer Körper von nicht unangenehmem, aromatischem Geruche, das einen stets gleichbleibenden, optimalen Schwefelgehalt in kolloidal gelöster, d. h. wirksamster Form in lipoidorganischer Bindung mit einer hochaktivierten Grundsubstanz enthält, welche eine prompte resorptionsbeschleunigende Tiefenwirkung entfaltet. Es ist völlig reizlos und zeichnet sich durch eine antiparasitäre, entzündungswidrige, granulationsbefördernde, sekretionsbeschränkende, juck- und schmerzstillende Wirkung aus. Sein dermatologisches Anwendungsgebiet sind Ulcera cruris, Varizen, Brand- und Quetschwunden, Erysipel und Pernionen.

J. Weinstock-Charlottenburg.

Beiträge zur experimentellen Balneologie der Schwefelbäder. 2. Über die perkutane Sulfidresorption. M. Kl. 1926. 46.

Verf. legte beim Versuchstier ein Wismutdepot subkutan in den Bereich über dem Badewasser, ein anderes unter dem Niveau des Schwefelwassers an. Ersteres blieb weiß, wenn letzteres schon längst geschwärzt war. Daraus folgert Verf. eine irreziproke Permeabilität der Haut Schwefelgasen gegenüber, für die es also nur den einen Weg durch die Haut in den Körper, nicht umgekehrte Richtung, gebe. Weiter läßt sich H_2S nach

Digitized by Google

30 Sekunden in Exspirationsluft nachweisen. Es erfolgt also auf der einen Seite der Hautmembran ein steter Verlust von H_2S teils durch Atemluft, teils durch chemische Bindung, der immer wieder durch neuen Nachschub ad infinitum ersetzt wird zur Aufrechterhaltung eines H_2S-Gleichgewichtes. Eine deutliche Beeinflussung des intermediären Schwefelumsatzes ließ sich kolorimetrisch feststellen. Die Vermehrung betrug 30—40% des Ausgangswertes. Außerdem findet auf chemischem Wege nachgewiesenermaßen ein nachhaltiger Einfluß auf oxydative Vorgänge statt. Weiter besteht Analogie der Schwefelbäder mit Proteinkörperwirkung. Schließlich muß man auch an Beeinflussung der Haut durch Schwefel und andere Erdalkalien denken. Die Balneologie befreit sich also mehr und mehr „aus den Fesseln der Empirie". *Siegfried*-Aachen.

H. Deselaers-Krefeld: **Intravenöse Bromtherapie.** Derm. Wo. Bd. 83. Nr. 31. 1926.

Verwandt wurde das Präparat „Ekzebrol" von Tosse bei 27 Fällen. Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet. Gut beeinflußt wurden in der Regel Pruritus universalis ohne äußere Symptome, pruriginöse Ekzeme und akute nässende Ekzeme; ohne Einfluß war es meist bei chronischen Ekzemen. Die intravenöse Bromzufuhr führt zu einer plötzlichen Entchlorung der Organe und der Haut, was gleichbedeutend mit einer Erhöhung der Alkaleszenz ist. Damit allein ist aber kaum in allen Fällen der Heilerfolg oder das Versagen zu erklären. Wahrscheinlich wirkt es auch noch zentral. Jedenfalls ist in den geeigneten Fällen die Bromtherapie mit guter Aussicht auf Erfolg anzuwenden. *Krüger*-Sagan.

A. Straszynski-Warschau: **Über intramuskuläre Ichtyolininjektionen bei der Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten.** Derm. Wo. Bd. 82. Nr. 24. 1926.

Die Versuche wurden angestellt mit selbstbereiteten 2%igen wässerigen Lösungen von Amon. sulfo-ichtyol., nachdem bei Tierversuchen die Unschädlichkeit und Reaktionslosigkeit derartiger Injektionen festgestellt worden war. Injiziert wurden meist 3 ccm der Lösung in 2—4tägigen Intervallen. Relativ günstig waren die Erfolge bei den Epididymitiden und 2 Fällen von Pyelitis. Nur sehr gering oder gleich null bei Hautkrankheiten; behandelt wurden hauptsächlich Pyodermien und Psoriasis.

Krüger-Sagan.

v. Liebermann-Budapest: **Über Augensalben.** M. Kl. 1926. 32.

Verf. empfiehlt als Salbengrundlage vornehmlich das Ebaga genannte Vehikel der Chemischen Fabrik Dr. Bayer & Co., Budapest, das die Firma auch, mit allerlei Heilmitteln verrührt, in den Handel bringt. Dieses Ebaga besteht aus Stearin- und Palmitinseifen und etwas mineralischem Öl. Es soll die Bindehäute nicht reizen und sich in der Tränenflüssigkeit leicht verteilen, auch gut haften. Weiter empfiehlt Verf. zur Ophthalmoblennorrhöebehandlung Neugeborener als dem Protargol weit überlegen die Akutolsalbe Löwensteins, die in handlichen Tuben von der Chemischen Fabrik Dr.-Ing. R. Heisler in Chrast (Böhmen) auf den Markt geworfen wird. Sie enthält Argyrol und wird in zwei Stärken hergestellt.

Siegfried-Aachen.

Digitized by Google

Lucke: **Atophanyl in der Dermatologie. M. Kl. 1926. 33.**

Atophanyl wirkt harnsäuretreibend, entzündungshemmend und analgesierend. Demnach hat Verf. sich dieses Mittels zur intravenösen Injektion bedient bei solchen Hautkrankheiten, die nachgewiesenermaßen oder vermutlich zusammengehen mit Erhöhung des Harnsäurespiegels, wie Pruritus, bei dem er bleibende Erfolge erzielt haben will. Bei Herpes zoster sollen die Schmerzen schlagartig verschwunden sein. Von 4 Psoriasisfällen reagierten 3 günstig, davon einer (mit kürzer Krankengeschichte) dauernd geheilt. Bei Erythema nodosum schwanden die Schmerzen schnell; guten Erfolg auch erwartet er bei Purpura rheumatica, worüber eigene Beobachtungen aber fehlen. Das große Gebiet der angegebenen Therapie sind Ekzeme einschließlich Gewerbeekzeme. Überraschende Erfolge brachte die Behandlung gonorrhoischer Gonitis und noch mehr die der Epidymitis gonorrhoica, bei der er von einer spezifischen Wirkung spricht.

Siegfried-Aachen.

Roberts: **The Chloracetic Acids: A biochemical study. (Die Chloressigsäuren, eine biochemische Studie.)** The B. j. o. D. a. S. 1926. 8—9 u. 10.

Verf. behandelt in einer 28 Seiten langen Studie den ganzen Komplex, chemisch und biologisch, der Mono-, Bi- und Trichloressigsäure und anhangsweise auch noch anderer Säuren. Uns interessiert hier besonders die Trichloressigsäure. Sie wirkt hydrophil und löst Öle. Je mehr Öl sie löst, desto geringer die Wasseranziehung und umgekehrt. Proteine, soweit sie nicht keratinisiert sind, werden gleichfalls gelöst, Keratin selbst dagegen nicht. Das wäre das Wichtigste. Dermatologische Nutzanwendung: Trichloressigsäure mumifiziert die geätzten Teile, so daß sie in toto trocken sequestrieren. Die Ätzwirkung geht dabei sehr tief, Schmerzen sind anfangs nur und auch dann nur sehr gering. Da die Säure leicht Kristalle suspendiert enthält, darf man nur reine Flüssigkeit verwenden, da sonst unübersehbare Tiefenwirkung, also nicht mit Watte ätzen! Nach 2 bis 3 Minuten durch Wasser neutralisieren. Hautgegenden sind verschieden penetrationsfähig, am wenigsten Haut über Nävis. Im wesentlichen soll Bindegewebe das Penetrationsmedium sein. Blendende Erfolge bei nicht zu tiefem Ulcus rodens, sonst Radium. Trichoepitheliome, Naevi pigmentosi pilares, Milien, Komedonen, Hühneraugen, Warzen, besonders senile, reagieren gleichfalls sehr gut auf konzentrierte, Rosacea leidlich auf 20%ige Lösung. Bei Lichenifikation und Psoriasis lohnt wohl ein Versuch gegen umschriebene hartnäckige Herde, ebenso bei Lupus vulg., besonders dem der Schleimhäute. Nicht so gut bei Lp. erythematodes, zumal die Säure zu Ektasie der Kapillaren führt; immerhin könnte man 10%ige Lösung versuchen. Kontraindiziert alle Pyodermien. Histologisch dient die Säure, z. B. zur Aufhellung von Geweben, zur Demonstration von Pilzerkrankungen, zumal sie reichlich fettlösend ist. Anwendungsweise: 5 Minuten der reinen Säure. Bei Überaufhellung 5%ige Natriumhydroxydlösung über Präparat laufen lassen. Blendende Bilder geben Komedonen, da alle nichtkeratinisierten Proteine restlos gelöst werden. Auch hier eventuell mit 5%iger Natriumhydroxydlösung gegenarbeiten. Für Urinuntersuchung ist wichtig, daß eine 10%ige Lösung Proteosen und Peptone in ziemlichem Umfange fällt. Dieser Niederschlag löst sich wieder beim Erhitzen, um beim Abkühlen wieder auszufallen. Dadurch können Proteosen und Peptone von Albuminen und Globulinen differentialdiagnostisch unterschieden werden.

Siegfried-Aachen.

Digitized by Google

Galewsky-Dresden: **Zehn Jahre Cignolin und seine therapeutische Verwendung in der Dermatologie.** Derm. Wo. Bd. 82. Nr. 26. 1926.

Seit 10 Jahren ist das Cignolin auf Veranlassung des Verf. im Handel und hat sich in dieser Zeit in der Dermatologie gut bewährt. Es hat vor dem Chrysarobin neben äußeren Gründen den Vorteil, daß es ein einheitlicher Körper ist und in seiner Wirksamkeit etwa 2—5mal so stark ist. Die Nebenerscheinungen sind wesentlich geringer. Seine Wirkung beruht auf der Hervorrufung einer intensiven Hyperämie und Entzündung. Die Domäne ist die Behandlung der Psoriasis, für deren Behandlung Verf. mehrere Rezepte angibt. Ebenfalls ausgezeichnet bewährt hat es sich bei oberflächlichen Mykosen, mykotischen Ekzemen, seborrhoischen Ekzemen, Alopecia areata und bei stärkeren Infiltraten bei Lichen ruber.

Krüger-Sagan.

A. B. Wadsworth, M. D., Mery B. Kirkbride and *Mery W. Wheeler, M. A.:* **Standardisation of Scarlet Fever Antistreptokokkus Serums. (Eichung von Scharlach-Antistreptokokkenserum.)** Albany. N. Y. Journ. Americ. Med. Ass. 1926. Bd. 87. Nr. 9.

Nach den Versuchen von *Dochez*, *Blake* und *Prask*, die die antitoxische Wirkung des Scharlach-Antistreptokokkenserums ergaben, wurden ähnliche Experimente vom Verf. angestellt. Durch intrakutane Injektionen bei Menschen mit akuten Scharlachexanthemen gelang es, ein Serum an Hand von 12 Scharlachfällen zu lichen. Da sich hierbei jedoch gewisse Schwierigkeiten zeigten (Überempfindlichkeit gegen Pferdeserum, Schwankungen in der Empfänglichkeit der einzelnen Individuen, Beschaffung von Exanthemfällen), wurde dazu übergegangen, als Testobjekt Ziegen zu benutzen. Die Resultate waren die gleichen. Zur Herstellung des Standardtoxins wurde der Dochezstamm N. Y. 5 herangezogen. Während die Seren ziemlich gleichmäßig blieben, zeigten die Toxine leichte Schwankungen. Alle Resultate wurden mit Standardtoxin und Standardserum nachgeprüft. 18—20 Stunden nach der intrakutanen Injektion erfolgte die Ablesung. Notiert wurde der Rötungs- und Schwellungsgrad und die Ausdehnung des Hofes, in Zentimeter gemessen. Verf. empfiehlt außerdem zur Beseitigung der Überempfindlichkeit, die Versuchsziegen mit Pferden in gemeinsamen Stallungen unterzubringen.

Röntz-Bonn.

F. Wirz-München: **Bleielektroden bei Iontophorese.** Derm. Wo. Bd. 83. Nr. 41. 1926.

Verf. wendet sich gegen die aus theoretischen Gründen erhobenen Warnungen vor der Verwendung von Bleielektroden zu Iontophorese. Auf Grund von tausendfacher Anwendung von Bleielektroden kann er berichten, daß er niemals Schädigungen der Haut beobachtet hat, wenn die angegebenen Vorsichtsmaßregeln (Anwendung einer genügend dicken Zellstoffschicht, die bei länger dauernder Behandlung erneuert werden muß, damit es nirgends zu einer Berührung der Haut mit der Bleiplatte kommt), befolgt werden. Er hat auch Patienten, die wegen Lupus vulgaris während 2 Jahren häufig und lange Zeit von ihm mit Iontophorese behandelt wurden, intern untersuchen lassen; dabei konnten keine Anzeichen für die Aufnahme von Blei oder eine Bleischädigung irgendeines Organes festgestellt werden.

Krüger-Sagan.

Digitized by Google

Last: **Beitrag zur Technik der Behandlung der Hypertrichosis mit dem Elektrokauter (Kaltkauter).** M. Kl. 1926, 32.

Verf. gibt einen von ihm erfundenen Handgriffunterbrecher an (mit Abbildung), den er nicht nur zur Epilation, sondern auch für die ganze übrige chirurgische Diathermie empfiehlt, wie gegen kleine Naevi, Warzen, Epitheliome usw. Dieser Unterbrecher soll den Operateur selbst vor aller Verbrennungsgefahr schützen, er soll ein momentanes Schließen und Öffnen gestatten, wie es z. B. beim Entfernen von Warzen am leicht reagierenden Lidrand erwünscht ist, auch soll es nicht zur störenden Erwärmung des Ebonithalters kommen. Die Haarentfernung durch Kaltkauter hält Verf. für viel wirkungsvoller als das alte elektrolytische Verfahren. Verf. empfiehlt kleinere Stromstärken und erst mal Vorversuch an behaarten Stellen vor den Ohren, die von Frisur verdeckt werden, zu machen, um die zulässige Stromstärke jeweils zu bestimmen. *Siegfried*-Aachen.

Isaac G. Duneau: **Die Zirkumzision mit Kauter.** Urol. a. Cut. review 1926. Bd. 30. Nr. 4. S. 195.

Bei stark entzündlicher Phimose empfiehlt Verf. die Zirkumzision mit Kauter bei folgender Technik:

1. Abschnürung an der Peniswurzel mit einem Katheter; Lokalanästhesie (Nervblock).
2. Inzision durch das gesunde Gewebe, der ganze infizierte Bereich wird aufgeschnitten, die Schleimhaut bis auf die Glans durchtrennt.
3. Mit dem Kauter wird leicht über die entzündliche Oberfläche gegangen, besonders aber stark über die Ränder und Blutgefäße. Ebenso stark über ein Ulkus, es sei denn, dieses liege nahe der Urethal-Mündung.
4. Keine Naht oder Ligatur.
5. Abwaschen der Oberfläche mit Alkohol, dann feuchter Verband.

Heilung in 3—4 Wochen, bisher 10 Fälle; davon einige nach Monaten nachuntersucht: der Patient sieht aus, als ob an ihm eine extrem kurze Zirkumzision gemacht worden wäre. *August Simon*-Bonn.

Buchbesprechungen.

Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Herausgegeben von *J. Jadassohn.* XXI. Bd. *Ulcus molle und andere Krankheiten der Urogenitalorgane.* Bearbeitet von *F. Callomon, J. Fabry, F. Fischl, W. Frei, R. Frühwald, B. Lipschütz, M. Mayer, H. da Rocha Lima, G. Scherber, G. Stümpke.* Berlin 1927. Jul. Springer.

Der vorliegende 21. Band des Handbuches der Haut- und Geschlechtskrankheiten bringt aus der Feder berufener Autoren eine erschöpfende Darstellung der verschiedensten Erkrankungen der Urogenitalorgane. Von *W. Frei* (Breslau) wird zunächst die Bakteriologie, Pathologie, Anatomie des Ulcus molle einschließlich der experimentellen und immunbiologischen Fragen behandelt, in einem weiteren Kapitel von *G. Stümpke* (Hannover) die Symptomatologie, Diagnose, Prognose, Therapie und Epidemiologie dieser Erkrankung. *F. Callomon* (Dessau) hat die Induratio penis plastica, sonstige

Digitized by Google

Erkrankungen der Schwellkörper sowie den Priapismus bearbeitet. Von *G. Scherber* (Wien) werden sehr ausführlich die Phimose und Paraphimose, die Balanitis in ihren verschiedensten und seltensten Erscheinungsformen — wobei auch der Balanitis erosiva und gangraenosa analoge Prozesse am weiblichen Genitale berücksichtigt werden —, von *B. Lipschütz* (Wien) das in seiner Eigenart zuerst von ihm erkannte Ulcus vulvae acutum, von *J. Fabry* (Dortmund) das Ulcus chron. vulvae et ani (Esthiomène), jene eigenartigen an der Vulva und Analgegend lokalisierten Geschwürsprozesse von äußerst schlechter Heiltendenz unbekannter Ätiologie, kurz und doch übersichtlich dargestellt. *M. Mayer* und *H. da Rocha Lima* (Hamburg) geben uns einen umfassenden Überblick über das „venerische Granulom", dieser eigenartigen in den verschiedensten warmen Ländern verbreiteten Geschlechtskrankheit. *F. Fischl* (Wien) behandelt die „Lymphogranulomatosis inguinales", die sog. vierte Geschlechtskrankheit, die in letzter Zeit ja auch vielfach in europäischen Ländern zur Beobachtung kommt. Von *R. Frühwald* (Chemnitz) stammt die Bearbeitung der Pseudogonorrhöe, worunter alle die Formen von Harnröhrenentzündung verstanden sind, die klinisch einen Tripper vortäuschen können, jedoch nicht durch Gonokokken bedingt sind.

Eine Fülle von persönlichen Erfahrungen und Kenntnissen ist in dem Werk niedergelegt, es bringt alles Wissenswerte unter Berücksichtigung der neuesten Forschung in anregender und fließender — an manchen Stellen fast zu ausführlicher — Form. Der Band ist vorzüglich ausgestattet und durch sehr zahlreiche gute Abbildungen illustriert. Druck und Papier sind erstklassig. Den einzelnen Abschnitten sind erschöpfende Literaturverzeichnisse angehängt. Damit erfüllt das Werk die höchsten Ansprüche und ist für eingehendes Studium der betreffenden Materie unerläßlich. *Strempel* (Bonn).

Reinhold Ledermann: Berlin. *Die Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten.* VI. Aufl. Dresden 1927. Schwarzeck-Verlag. G. m. b. H.

Das 370 S. zählende Buch des rühmlichst bekannten Verf. erscheint hier in der VI. Aufl. — gewiß schon rein äußerlich ein Beweis dafür, daß die Ausführungen *Ledermanns* in dem Leserkreis, an den er sich wendet und der, wie ich aus langer Erfahrung weiß, nicht nur die Praktiker, sondern auch die Fachdermatologen umfaßt, Beifall und Anerkennung gefunden haben. Sind doch seine Darlegungen, wo man auch das Werkchen aufschlagen mag, durchweg aus der Praxis für die Praxis geschrieben und erfüllen in vollstem Maße den Zweck, über den neusten Stand des Wissens schnell und vor allem *zuverlässig* und auf *Grund eigener Erfahrungen* zu unterrichten. Das Buch zerfällt in einen allgemeinen und speziellen Teil. Ersterer enthält neben den physikalischen Behandlungsmethoden, unter denen ich persönlich allerdings der Röntgentherapie eine größere Ausführlichkeit gewünscht hätte, eine kurze Aufzählung der internen in der Dermatologie gebräuchlichen Mittel, sowie die Darstellung der Behandlung mit *körperfremden* Substanzen, die *parenterale Proteinkörpertherapie*, die *Vakzinetherapie* und ferner vor allem eine Schilderung der externen Behandlung (Puder, Fette, Öle, Pasten, Kühlsalben usw.). Der spezielle Teil umfaßt hauptsächlich eine alphabetisch aufgeführte Aufzählung der Arzneimittel, soweit diese nicht bereits unter den „internen Mitteln" abgehandelt sind, und — ebenfalls in alphabetischer Reihenfolge — eine Darstellung der Behandlung der wichtigsten Hautkrankheiten und der Geschlechtskrankheiten. Bei den letzteren ist, wofür der

Digitized by Google

Praktiker besonders dankbar sein wird, auch der beiden jüngsten Kinder der Luestherapie, der Bismuth- und der Malariakuren, eingehend gedacht. Auch das Myosalvarsan ist bereits erwähnt. Bei der Gonorrhöe ist dankenswerterweise auch die Behandlung des weiblichen Trippers ausführlich geschildert. Ich glaube, man wird dem Verf. für das bei aller Kürze doch alles Wissenswerte und Notwendige enthaltende Buch den Dank aller derer, die sich in einer speziellen Frage den Rat eines erfahrenen Praktikers holen wollen, aussprechen dürfen. Ich bin überzeugt, daß es kaum in einer Hinsicht dem hilfesuchenden Therapeuten seinen Beistand versagen wird. Die Ausstattung des Buches ist vorzüglich, das beigefügte Register erweitert seine Handlichkeit. *Arthur Alexander* (Berlin).

J. Vonkennel: *Die Malariabehandlung der Frühlues.* Berlin 1927. S. Karger. Preis *RM* 4,20.

In dem vorliegenden, Prof. *E. Hoffmann* gewidmeten und mit einem Vorwort von Prof. *Heuck* versehenen Buch, das wirklich eine Lücke in der medizinischen Literatur ausfüllt, gibt Verfasser eine umfassende und klare Darstellung der Malariabehandlung der Frühlues. Nach einem kurzen, geschichtlichen Rückblick bespricht der Autor, beginnend mit den Kontraindikationen und den verschiedenen Überimpfungsmethoden sowie deren Technik und Erfolge den Verlauf der Fiebertherapie. Die ärztliche Überwachung des Kranken, sein Befinden während der Fieberanfälle und in den fieberfreien Intervallen, die Dauer und der Verlauf der Fieberbehandlung sowie die verschiedenen Kupierungsmethoden werden eingehend geschildert. Es folgen die Beweise für die tatsächliche Abheilung der Impfmalaria und die Schilderung der Provokationsmethoden. Neben der Frage der Immunität haben die Parasitologie der Impfmalaria, ihre Einwirkung auf das Blutbild und die Wa.R., sowie die oft diskutierte Frage der Übertragbarkeit durch geeignete Fiebermücken eine eingehende Würdigung gefunden. Den Abschluß bilden die übersichtlich dargestellten Ergebnisse der verschiedenen Behandlungsmethoden in den verschiedenen Stadien der Lues unter Einbeziehung der luetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Das mit zwei Abbildungen im Text, zwei Tafeln im Anhang sowie mit einer reichen Literaturangabe versehene Werk ist durch die Unsumme der darin niedergelegten, am Krankenbett gemachten Erfahrungen für jeden Arzt, besonders jeden Dermatologen wegen seines aktuellen Inhalts interessant und wärmstens zu empfehen.

Wieler (Bonn).

B. Aschner: *Gynäkologie und innere Sekretion. Abhandlungen aus den Grenzgebieten der inneren Sekretion.* Budapest 1927. Rudolf Novak & Comp. Preis *RM* 2,40.

Die neueren Anschauungen von der Krankheitsgenese, die uns der Ausbau der Lehre von der inneren Sekretion vermittelt hat, haben für das spezielle Gebiet der Gynäkologie eine Zusammenfassung gefunden. Wenn auch in diesem Werke die Hautkrankheiten nur gestreift sind, so bietet doch die zusammenhängende und klare Darstellung eines so aktuellen Themas mancherlei Anregung. Besonders im Hinblick auf die therapeutischen Erfolge mit relativ geringen Mitteln vermittelt das Buch sehr interessante Einblicke in die komplizierten Vorgänge der inneren Sekretion. *Wieler* (Bonn).

Digitized by Google

H. L. Stieböck: *Praktikum der Hochfrequenztherapie (Diathermie).* Mit einem Anhang: *Phototherapeutische Methodik.* Wien 1926. Julius Springer. Preis *RM* 2,40.

Die in dem vorliegenden Bändchen vereinigten sechs Vorträge vermitteln in gedrängter Kürze die wesentlichen Tatsachen über die theoretischen Grundlagen der Hochfrequenz- und der Phototherapie und geben vor allem Winke für die praktische Betätigung an die Hand. Nach einem kurzen Überblick über die Geschichte dieser Therapie werden die technischen Details der Apparatur, insbesondere der Hochfrequenzgenerator, eingehend beschrieben. Sehr klar und übersichtlich sind die elektrischen Maßeinheiten und die Gesetze der Umwandlung von Elektrizität in Wärme ausgeführt. Dem Praktiker werden die Kapitel über Anlegung und Situierung der Elektroden, die chirurgische Diathermie und die Indikationen und Kontraindikationen der Diathermie sehr erwünscht sein. Trotz des kleinen Umfanges bringt das Buch ein ausgezeichnetes Bild von den Grundlagen und dem derzeitigen Stand der Hochfrequenztherapie und wird den praktisch Arbeitenden viel Anregung geben. *G. H. Klövekorn* (Bonn).

Pakheiser, Th.: *Praktischer Leitfaden der Quarzlichtbehandlung bei Hautkrankheiten nebst diagnostischen und allgemeintherapeutischen Anmerkungen.* Berlin 1927. Jul. Springer. Preis *RM* 3,90.

Der Leitfaden schildert nach kurzen physikalischen und biologischen Vorbemerkungen die Apparatur für Quarzlampenbestrahlungen (Kromayer-Lampe, künstliche Höhensonne, Jesionek-Höhensonne) sowie kurz die Strahlenmessung. Im klinisch-praktischen Teil werden die einzelnen Dermatosen daraufhin besprochen, wieweit sie eine Indikation zur Quarzlampenbestrahlung abgeben. Dabei zieht Verf. den Kreis der in Betracht kommenden Erkrankungen ungewöhnlich weit, so daß manche ihm wohl zur Zeit nicht folgen und z. B. Röntgenbestrahlungen als sichereres Heilmittel vorziehen werden. *Zurhelle* (Bonn).

Tagesnachrichten.

Professor *E. Hoffmann*, Direktor der Universitäts-Hautklinik in Bonn und Professor *G. A. Rost*, Direktor der Universitäts-Hautklinik in Freiburg i. Br. wurden zu Ehrenmitgliedern der Kgl. Medizinischen Akademie in *Rom* ernannt.

Die Privatdozenten Dr. *Julius Mayr*, Dr. *H. W. Siemens* und Dr. *Franz Wirz* in München, wurden zu a. o. Professoren ernannt.

Der bekannte Münchner Hygieniker *Max Gruber* ist im 75. Lebensjahre gestorben.

An der Wiener Medizinischen Fakultät sollen 1928 wieder internationale Fortbildungskurse stattfinden. Der 28. Fortbildungskursus vom 13. bis 25. 2. 1928 behandelt Dermatologie und Syphilis.

Digitized by Google

I.

(Aus der Hautklinik der Medizinischen Akademie Düsseldorf
[Direktor: Prof. Dr. *C. Stern*].)

Kurmaß und Liquor.

Von

H. TH. SCHREUS und V. NAPP.

Die von *Zurhelle* und *Krechel*[1]) unternommene Analyse der Punktionsergebnisse bei Syphilitikern mit der Fragestellung „*Kurmaß* und *Liquorveränderungen*" hat zu sehr interessanten und, wie die Verfasser mit Recht betonen, auch zu *praktisch sehr wichtigen Ergebnissen* geführt. Aus den Untersuchungen der genannten Autoren ergibt sich, daß der Erfolg der Kur von folgendem abhängt: erstens von *Höhe* der Einzeldosis, *Zwischenräumen* zwischen den einzelnen Injektionen und *Gesamt*dosis; zweitens, was die *Verbindung mehrerer Kuren anlangt,* von der Einhaltung kurzer Pausen zwischen den einzelnen Kuren (zwischen erster und zweiter Kur 5 bis höchstens 6 Wochen, zwischen zweiter und dritter 1½ bis 2 Monate); endlich, was die *Zahl der Kuren* anlangt, von der Dauer der Erkrankung, bei primärer Lues je nach Seroreaktion eine bis zwei, bei rezenter sekundärer Lues drei derartige maximale Kuren.

Als Prüfstein der Feststellung der Wirkung dieser an der *Hoffmann*schen Klinik aus vieljähriger Erfahrung entwickelten Behandlung wurden besonders die Liquorresultate herangezogen, weil diese nach dem heutigen Stand der Luesdiagnostik besonders im Latenzstadium neben der Seroreaktion das sicherste und feinste Mittel sind, um den Stand der Krankheit zu beurteilen bzw. die Heilung überhaupt festzustellen.

Die Ergebnisse der Arbeit von *Zurhelle* und *Krechel* lassen sich kurz dahin zusammenfassen, daß sowohl die passageren Liquorveränderungen im Frühstadium als auch die prognostisch viel ernsteren und therapeutisch hartnäckigeren Liquorveränderungen der späteren Zeit durch *maximale* Behandlung gänzlich unterdrückt werden können.

[1]) Dermatolog. Zeitschr. Bd. 49. Heft 5.

Digitized by Google

Es erscheint nun wünschenswert, dieses Ergebnis durch Beibringung *weiteren* Materials zu befestigen und von den *Fehlern kleiner Zahlen* zu befreien, damit die hier aufgedeckten Beziehungen zwischen Kurmaß und Liquorveränderungen den Charakter der Gesetzmäßigkeit erhalten und die Behandlung dementsprechend eingestellt wird. Beiträge, die in gewisser Beziehung die Ergebnisse der genannten Autoren unterstützen, sind inzwischen in den letzten Monaten erschienen von *Barnewitz*[1]), der bei 78 Tabikern feststellte, daß keiner eine nach den heutigen Anschauungen ausreichende bzw. gute Behandlung erhalten hat, und daß die Zahl der gar nicht und ungenügend behandelten Tabiker sich gleich ist, ferner von *Spitzer*[2]), der gleichfalls eine günstige Wirkung der Behandlung im Primärstadium feststellen konnte.

Im folgenden bringen wir nun eine Übersicht über die Liquoruntersuchungen, die in den letzten beiden Jahren an der *Düsseldorfer Hautklinik* ausgeführt wurden. Wir beschränken uns dabei auf die Fälle, die gleichzeitig entweder in der Klinik oder in der Ambulanz wenigstens eine Zeitlang in Beobachtung waren, um ein möglichst zuverlässiges Material zu haben. Liquoruntersuchungen, die für auswärtige Institute und Ärzte ausgeführt wurden, sind nicht berücksichtigt worden. Die Zahl der so verwertbaren Punktionen beträgt 332. Davon waren Primäreffekte und rezente Lues bis 2 Jahre nach der Infektion 52, ältere Luesfälle (sekundäre, tertiäre und metaluische) 280. Wir haben uns auf diese Einteilung beschränkt, weil gerade mit Bezug auf die Liquorbefunde den ersten beiden Jahren insofern eine Sonderstellung zukommt, als angetroffene Veränderungen meist vorübergehender Natur sind, jedenfalls aber ein Urteil über den Ausgang der sich durch sie offenbarenden „histologischen" Prozesse am Zentralnervensystem noch nicht gestatten. Auch die prognostische Beurteilung der in späterer Zeit angetroffenen Veränderungen ist ja nach dem heutigen Stand der Liquorforschung noch schwierig, immerhin sind diese Veränderungen aber nach einer fast allgemeinen Erfahrung hartnäckiger und deshalb zweifelhafter.

Wir möchten, ehe wir zur Besprechung der Resultate selbst kommen, kurz vorausschicken, wann wir uns veranlaßt fühlen, einen Liquor als pathologisch anzusehen. Eine solche Angabe ist deshalb wichtig, weil der schwach positive Ausfall einer einzelnen Reaktion ja nicht ohne weiteres als krank-

[1]) Deutsche Medizinische Wochenschr. 1927. S. 661.

[2]) Münchener Medizinische Wochenschr. 1927. S. 636.

Digitized by Google

haft bezeichnet werden kann[1]). Dagegen erhält ein derartiger Befund erhöhte Bedeutung, wenn eine zweite der angestellten Reaktionen schwach oder stark positiv ist. In diesen Fällen werten wir den Liquor stets als pathologisch und auch Lues-spezifisch, wenn Anhaltspunkte für eine andere Erkrankung des Zentralnervensystems sich nicht finden lassen. Der Grenzwert der Zellenzahl ist 24/3 in cbmm. Phase I der Nonne-Apelt-Reaktion gilt als negativ, wenn nur eine Opaleszenz vorhanden ist und die übrigen Reaktionen negativ sind bei weniger als 24/3 Zellen. Das gleiche gilt von der Weichbrod-Reaktion, wenn hier auch schwach positiver Ausfall bereits höher gewertet wurde. Bei einem Teil der Fälle wurde die *Boltz*-Reaktion[2]) ausgeführt, über deren klinischen Wert wir vorläufig nichts anderes aussagen wollen, als daß sie prognostisch wohl ziemlich ernst zu bewerten ist. Positiver Ausfall der ausgewerteten Wa.R. im Liquor gilt für sich allein als pathologisch. Bezüglich der Bewertung der Kolloidreaktionen verweisen wir auf die Arbeit von *Schreus, Rottmann* und *Wegener*[3]), wonach die gröberen Veränderungen als pathologisch bzw. für vorhandene Lues sprechend aufgefaßt wurden.

Noch eins möchten wir vor der Sichtung unseres Materials voranschicken. Versucht man aus den sehr zahlreichen statistischen Veröffentlichungen über Behandlungsresultate der Lues die Zahlen möglichst vieler Autoren zusammenzuziehen, um auf diese Weise zu sicheren Schlüssen zu gelangen, so stößt man auf unüberwindliche Schwierigkeiten. Die meisten dieser Statistiken beziehen sich immer nur auf so spezielle Fragestellungen oder geben nur so unvollkommenen Aufschluß über die Therapie oder entsprechen in den angewandten Untersuchungsmethoden (Liquoruntersuchung) so wenig den heute erforderlichen Ansprüchen, daß die Anlegung einer Sammelstatistik unmöglich ist. Für die spezielle Fragestellung „Kurmaß und Liquor" scheint uns die *Grundlage* einer statistischen Ordnung, wie sie von *Zurhelle* und *Krechel* begonnen ist und von uns in der vorliegenden Arbeit noch weiter durchgeführt wird, gegeben zu sein. Wenn wir etwas zusammenfassender in der Einteilung nach Infektionsalter verfahren sind, so geschah das mit Rücksicht auf unser eigenes und das wohl den meisten übrigen Kliniken zur Verfügung stehende Material, das sich zum größten Teil aus Kranken zusammensetzt, welche die Klinik nur einmal aufsuchen, so daß eine einheitliche Behandlung oder dauernde Beobachtung bei der Mehrzahl der Fälle unmöglich wird und Infektionsalter und bisherige Therapie fast immer nur sehr unvollkommen aus der Anamnese beurteilt werden können. Dem-

[1]) Vgl. auch *C. Stern*, Die Punktion d. Rückenmarkkanals. Arch. f. Derm. u. Syph. 1916. Bd. 123.

[2]) Americ. journ. of psychiatrie. Bd. 3. Nr. 1. S. 111—119. 1923.

[3]) Dermat. Wochenschr. 1926. S. 1351.

Digitized by Google

gemäß ist die Zahl der etwa in *Hoffmanns* Sinne gut und gleichmäßig behandelten Kranken nur sehr gering. Trotzdem erscheint uns eine *Unterteilung* in „*maximal*" und „*nichtmaximal*" behandelte Kranke wichtig, um die *wirklichen Ergebnisse* einer *maximalen* Behandlung im Gegensatz zur *nicht*maximalen festzustellen. Einige *Schwierigkeiten* ergeben sich hierbei natürlich bei der *Festlegung* des *Begriffes „maximale" Behandlung*, da hier verschiedene Auffassungen bestehen. Wir haben das Kurmaß *Hoffmanns*, das sowohl nach Dosenhöhe als auch nach zeitlicher Zusammendrängung der Kuren auch nach allgemeinen Anschauungen wohl als maximales anzusehen ist, hier im Gegensatz zu allen anderen nichtmaximalen Kuren angenommen, zumal auch an hiesiger Klinik seit Jahren ein Kurmaß geübt wird, das den Forderungen *E. Hoffmanns*[1]) angepaßt ist, zum Teil in der Salvarsandosierung noch darüber hinausgeht [vgl. *C. Stern*[2])]. Wir möchten empfehlen, daß man sich dieser statistischen Grundlage allgemein anschließen möge, selbst wenn über die Begriffe maximal und optimal verschiedene Auffassungen bestehen. Es soll also durch diese Gegenüberstellung durchaus kein Werturteil abgegeben werden in dem Sinne, daß alle nichtmaximalen Kuren als schlecht zu bezeichnen wären. Die Festsetzung eines *maximalen*, aber noch gut verträglichen Kurmaßes, wie es das Bonner wohl darstellt, vermeidet lediglich das Eindringen von individuellen Auffassungen über das optimale Kurmaß in die Statistik, weil dadurch die gebrachten Zahlen ihre Vergleichbarkeit verlieren würden.

Nach diesen allgemeinen Bemerkungen gehen wir zur Besprechung unseres Materials über, das in den Tabellen I—IV geordnet ist. Die nachfolgende Tabelle I zeigt zunächst eine

Tabelle I.

Frische Lues: 52 Fälle				*Alte Lues*: 280 Fälle			
Unbehandelt: 38 Fälle		*Behandelt*: 14 Fälle		*Unbehandelt*: 73 Fälle		*Behandelt*: 207 Fälle	
Liquor-		Liquor-		Liquor-		Liquor-	
krank	*gesund*	*krank*	*gesund*	*krank*	*gesund*	*krank*	*gesund*
12 = 30%	26 = 70%	1 = 7%	13 = 93%	40 = 55%	33 = 45%	100 = 48%	107 = 52%
sämtlich sero-positiv	sämtlich sero-positiv	sero-negativ	davon 8 = 62% seroposit.	sämtlich sero-positiv	sämtlich sero-positiv	davon 70 = 70% seroposit.	davon 48 = 45% seropos.

[1]) Therapie d. Haut- u. Geschlechtskr. Bonn 1925.

[2]) *v. d. Velden* und *Wolff*. Handbuch der Therapie. Bd. II. 1927.

Digitized by Google

Aufteilung unserer Fälle in der Art, daß zwischen Luikern von 0—2jährigem Infektionsalter und älteren unterschieden wird. Wir finden hier bei den frischeren Fällen, daß 30% der unbehandelten Luiker in den ersten beiden Jahren Liquorveränderungen zeigen, ein Prozentsatz, der mit den zahlreichen in der Literatur veröffentlichten Werten übereinstimmt. Die Seroreaktion ist bei allen diesen Fällen positiv. In diesen beiden Jahren zeigt sich auch der gute Einfluß der Behandlung, da unter den behandelten nur 7% liquorkrank befunden wurden. Die Seroreaktion war bei diesem (ersten) Fall negativ, bei den anderen liquorgesunden Fällen aber in 62% positiv. Sehr viel Bedeutung können wir diesem Ergebnis im ganzen nicht beimessen, da die Zahl der untersuchten Fälle sehr klein und die Art der Behandlung hier noch nicht berücksichtigt ist. Bei den alten, *un*behandelten Luikern finden sich auf 73 Fälle 55% Liquorkranke, während auf die behandelten 48% entfallen. Man wird, wie wir noch sehen werden, diesem scheinbar besseren Prozentsatz keine besondere Bedeutung beimessen können, obwohl er von einer nicht geringen Gesamtzahl errechnet ist. Aus dem Verhalten der *Sero*reaktion ist zu entnehmen, daß sie bei allen unbehandelten Fällen positiv ist. Bei den behandelten Fällen liegen die Verhältnisse so, daß etwa die Hälfte der *liquor*gesunden Fälle auch *sero*negativ ist; von den Liquor*kranken* sind nur 70% auch *seropositiv*, das heißt also, *in einem Drittel der Fälle offenbart sich im Augenblick der Untersuchung die Lues nur im Liquor.*

Die nun folgende Tabelle II gibt über unsere wichtigste Fragestellung Aufschluß, nämlich über den Zusammenhang zwischen Behandlungsresultat und Kurmaß. Wir haben hier, um einen direkten Vergleich mit den Zahlen von *Zurhelle* und *Krechel* zu gewinnen, zwischen Kranken unterschieden, die gemäß unserer obigen Ausführungen als maximal behandelt zu betrachten sind, und solchen, bei denen die Kuren so unregelmäßig oder mit geringer Dosierung oder mangelhafter Kombination mit Hg oder Bi erfolgten, daß von einer maximalen Behandlung im Sinne *Hoffmanns* keine Rede sein kann. Leider sind nun die verwertbaren Fälle der Gruppe 0—2 Jahre Krankheitsdauer sehr gering, so daß wir nicht näher darauf eingehen wollen. Immerhin zeigen die 6 Fälle, die eine maximale Kur durchgeführt haben, keine Liquorveränderungen. Die *Sero*reaktionen waren aber nur in der Hälfte der Fälle negativ. Ein Fall, der 1926 zwei Kuren à 12 Injektionen Salvarsan im

Digitized by Google

Tabelle II.

Frische Lues (52).

38 Fälle (unbehandelt)				6 Fälle (1 Kur maximal)				7 Fälle (1 Kur nicht maximal)				1 Fall (2 Kuren nicht maximal)			
Liquorkrank 12 = 30 %		Liquorgesund 26 = 70 %		Liquorkrank 0		Liquorgesund 6 = 100 %		Liquorkrank 1 = 14 %		Liquorgesund 6 = 86 %		Liquorkrank 0		Liquorgesund 1	
Sero-positiv	Sero-negativ	Sero-positiv	Sero-negativ	Sero-positiv	Sero-negativ	Sero-positiv	Sero-negativ	Sero-positiv	Sero-negativ	Sero-positiv	Sero-negativ	Sero-positiv	Sero-negativ	Sero-positiv	Sero-negativ
12 100 %	0	26 100 %	0	—	—	3 50 %	3 50 %	0	1	4 67 %	2 33 %	0	0	0	1

Alte Lues (280).

73 Fälle (unbehandelt)				16 Fälle (1 Kur maximal)				36 Fälle (1 Kur nicht maximal)				53 Fälle (2 Kuren nicht maximal)			
Liquorkrank 40 = 55 %		Liquorgesund 33 = 45 %		Liquorkrank 7 = 44 %		Liquorgesund 9 = 56 %		Liquorkrank 16 = 44 %		Liquorgesund 20 = 56 %		Liquorkrank 23 = 43 %		Liquorgesund 30 = 57 %	
Sero-positiv	Sero-negativ	Sero-positiv	Sero-negativ	Sero-positiv	Sero-negativ	Sero-positiv	Sero-negativ	Sero-positiv	Sero-negativ	Sero-positiv	Sero-negativ	Sero-positiv	Sero-negativ	Sero-positiv	Sero-negativ
40 100 %	0	33 100 %	0	5 71 %	2 29 %	3 33 %	6 66 %	12 75 %	4 25 %	12 60 %	8 40 %	16 70 %	7 30 %	11 37 %	19 63 %

Alte Lues (280).

30 Fälle (3 nicht maximale Kuren)				21 Fälle (4 nicht maximale Kuren)				50 Fälle (4 und mehr nicht maximale Kuren)			
Liquorkrank 13 = 43 %		Liquorgesund 17 = 57 %		Liquorkrank 11 = 52 %		Liquorgesund 10 = 48 %		Liquorkrank 29 = 58 %		Liquorgesund 21 = 42 %	
Sero-positiv	Sero-negativ	Sero-positiv	Sero-negativ	Sero-positiv	Sero-negativ	Sero-positiv	Sero-negativ	Sero-positiv	Sero-negativ	Sero-positiv	Sero-negativ
10 77 %	3 23 %	9 53 %	8 47 %	5 45 %	6 55 %	5 50 %	5 50 %	21 72 %	8 28 %	9 43 %	12 57 %

Digitized by Google

Primärstadium erhalten hat, ist liquorgesund und seronegativ. Von den Lueskranken länger als 2 Jahre infiziert, sind die *un*behandelten Fälle, die *liquor*krank sind (55%), auch alle im Blut positiv. Auch die Liquorgesunden sind sämtlich seropositiv. Von den mit *einer* Kur behandelten Kranken sind von 36 Fällen, bei denen die Kur *nicht* maximal war, 44% liquorkrank. Bei 16 Fällen war die Kur maximal, aber nur mit dem Erfolg, daß ebenfalls 44% liquorkrank sind. Von diesen Liquor*kranken* ist der größere Teil auch *serologisch positiv*, während bei den Liquor*gesunden* der größere Teil *serologisch negativ* ist. Im ganzen genommen unterscheiden sich in dieser Rubrik unsere Zahlen also nicht wesentlich von den in Bonn erhaltenen, da auf Verschiedenheiten von einigen Prozent sicherlich keine Schlüsse aufgebaut werden können. Etwas größer ist der Unterschied allerdings bei den unbehandelten Fällen (35 zu 55%), die bei *Zurhelle* und *Krechel* nur bei 34, in unserer Statistik hingegen bei 73 Kranken errechnet sind.

Unsere Tabelle gibt in ihren weiteren Spalten nur noch Prozentsätze von Kranken, die nicht maximal behandelt worden sind. Die Prozentsätze bei zwei, drei, vier und mehr nichtmaximalen Kuren zeigen merkwürdigerweise ein Ansteigen der Liquorveränderungen mit der Zahl der Kuren. Die Erklärung dafür werden wir später geben. Hier sei zunächst noch Tabelle III besprochen. Sie gibt Aufschluß über die Liquorveränderungen bei den serologisch positiven und negativen Fällen. Da bei den unbehandelten *frischen* Fällen (0—2 Jahre p. i.), die alle serologisch positiv sind, der Prozentsatz liquorkrank zu liquorgesund 30:70% ist, *zeigt sich ein günstiger Einfluß auch nichtmaximaler Kuren sowohl auf die Seroreaktion als auch auf den Liquor*. Wegen der kleinen Zahlen dieser Tabelle gehen wir nicht weiter darauf ein. Bei den größeren Zahlen der *älteren* Luiker (über 2 Jahre p. i.) ergibt sich aber dann das interessante Resultat, daß *jede, auch nichtmaximale Behandlung dann eine Besserung oder Verhütung der Liquorerkrankungen bedingt, wenn sie zu einer negativen Reaktion im Blutserum führt*. Denn ohne Behandlung ist das Verhältnis liquorkrank zu liquorgesund ungefähr wie 1:1, bei den behandelten serologisch negativen aber wie 1:2 bis 1:3, mit Ausnahme der Spalte „Vier Kuren", wo — wohl als Fehler der kleinen Zahl — sich ein gleiches Verhältnis wie bei den unbehandelten findet. Führt dagegen die Behandlung *nicht* zur negativen Seroreaktion, so findet sich bei dieser summarischen Betrachtung

Digitized by Google

Tabelle III.

Frische Lues (52).

38 Fälle (unbehandelt)				1 Kur: 13 Fälle								1 Fall (2 Kuren nicht maximal)			
				7 nicht maximal				6 maximal							
Seropositiv 38 = 100 %		Seronegativ 0		Seropositiv 4 = 57 %		Seronegativ 3 = 43 %		Seropositiv 3 = 50 %		Seronegativ 3 = 50 %		Seropositiv 0		Seronegativ 1	
Liquor-krank	Liquor-gesund	Liquor-krank	Liquor-gesund	Liquor-krank	Liquor-gesund	Liquor-krank	Liquor-gesund	Liquor-krank	Liquor-gesund	Liquor-krank	Liquor-gesund	Liquor-krank	Liquor-gesund	Liquor-krank	Liquor-gesund
12 30 %	26 70 %	0	0	0	4	1	2	0	3	0	3	0	0	0	1

Alte Lues (280).

73 Fälle (unbehandelt)				36 Fälle (1 Kur nicht maximal)				16 Fälle (1 Kur maximal)				53 Fälle (2 Kuren nicht maximal)			
Seropositiv 73 = 100 %		Seronegativ 0		Seropositiv 24 = 67 %		Seronegativ 12 = 33 %		Seropositiv 8 = 50 %		Seronegativ 8 = 50 %		Seropositiv 27 = 51 %		Seronegativ 26 = 49 %	
Liquor-krank	Liquor-gesund	Liquor-krank	Liquor-gesund	Liquor-krank	Liquor-gesund	Liquor-krank	Liquor-gesund	Liquor-krank	Liquor-gesund	Liquor-krank	Liquor-gesund	Liquor-krank	Liquor-gesund	Liquor-krank	Liquor-gesund
40 55 %	33 45 %	0	0	12 50 %	12 50 %	4 33 %	8 67 %	5 63 %	3 37 %	2 25 %	6 75 %	16 59 %	11 41 %	7 27 %	19 73 %

Alte Lues (280).

30 Fälle (3 Kuren)				21 Fälle (4 Kuren)				50 Fälle (4 und mehr Kuren)			
Seropositiv 19 = 63 %		Seronegativ 11 = 37 %		Seropositiv 10 = 48 %		Seronegativ 11 = 52 %		Seropositiv 30 = 60 %		Seronegativ 20 = 40 %	
Liquor-krank	Liquor-gesund	Liquor-krank	Liquor-gesund	Liquor-krank	Liquor-gesund	Liquor-krank	Liquor-gesund	Liquor-krank	Liquor-gesund	Liquor-krank	Liquor-gesund
10 53 %	9 47 %	3 27 %	8 73 %	5 50 %	5 50 %	6 54 %	5 46 %	21 70 %	9 30 %	8 40 %	12 60 %

Digitized by Google

fast durchgehend das gleiche Verhältnis Liquorkranke : Liquorgesunde wie bei der Gruppe „Unbehandelte Lues", eher noch etwas schlechter. (Vgl. aber Tabelle IV!) *Die Zahl der Kuren ist hierauf ohne sicher erkennbaren Einfluß.* Für die Beurteilung alter Luiker, bei denen etwa eine Lumbalpunktion nicht möglich ist, ergibt sich daraus der Schluß, daß die größere *Wahrscheinlichkeit* bei *negativer Seroreaktion für einen gesunden Liquor spricht, während bei positiver Seroreaktion jeder Zweite oder sogar der größte Teil liquorkrank ist.*

Tabelle IV.

Einfluß des Infektionsalters auf den Liquor bei älteren Luikern.

Zahl der Fälle	74	52	53	30	21	50
Anzahl der Kuren	unbehandelt	1 Kur	2 Kuren	3 Kuren	4 Kuren	4 u. mehr Kuren
Liquorkrank : Liquorgesund	40 : 34	24 : 28	23 : 30	13 : 17	11 : 10	29 : 21
Infektion sicher nach 1923 . . .	1 : 2	2 : 6	6 : 8	2 : 5	1 : 3	0 : 4
Infektion zwischen 1919 und 1923 .	—	5 : 7	4 : 9	4 : 6	7 : 4	11 : 8
Infektion vor 1919	6 : 0	8 : 1	5 : 2	4 : 2	2 : 1	15 : 5
Infektionsdatum unbestimmt . .	33 : 32	9 : 14	8 : 11	3 : 4	1 : 2	3 : 4

Eine besondere Besprechung ist noch für Tabelle IV notwendig, auf die wir bereits wiederholt hingewiesen haben. Aus dieser Tabelle ergibt sich nämlich, daß bei den Liquorkranken die Beteiligung *alter* Luiker, d. h. solcher, deren Infektion sicher vor 1923 erfolgt ist, mit der Zahl der Kuren steigend zunimmt. Die Auffassung, daß hier die Behandlung mit schlechten Kuren zu einer Vermehrung der Liquorerkrankungen geführt habe, zu der man auf Grund der mit der Zahl der Kuren wachsenden Zahl der Liquorkranken verleitet werden könnte, erweist sich damit an unserem Material als irrtümlich. Ebensowenig also wie die Tabelle II für den schlechten Erfolg nichtmaximaler Kuren verwertet werden kann, darf sie noch allgemeiner dahin gedeutet werden, daß die Behandlung überhaupt zu schlechteren Liquorverhältnissen führt als gar keine Behandlung. Denn wenn man die Verhältniszahlen liquorkrank zu liquorgesund bei den verschiedenen Altersgruppen bei Behandelten und Unbehandelten unter sich vergleicht, so ist die Zahl der Liquorkranken bei den Behandelten durchweg etwas geringer als bei den Unbehandelten. Das einzige, was sicher

Digitized by Google

geschlossen werden kann, ist, daß die Liquorerkrankungen mit dem Alter der Infektion zunehmen, und daß nichtmaximale Behandlung hieran nur wenig ändert.

Zum Schluß haben wir nun unsere Zahlen unbehandelter und behandelter älterer Luiker (bei kurzfristig Infizierten sahen wir bei der Kleinheit unseres Materials davon ab) zu den entsprechenden Zahlen von *Zurhelle* und *Krechel* hinzugezählt. Die sich dabei ergebenden Durchschnittszahlen, denen bei der nunmehr größeren Anzahl der Fälle ein entsprechend größerer Wert zukommt, finden sich in Tabelle V, die im wesentlichen mit dem übereinstimmt, was wir bei unserem an sich größeren Material bereits gefunden hatten, nämlich, daß *bei nichtmaximaler Behandlung ein sehr merklicher Einfluß auf den Liquor weder im günstigen noch im ungünstigen Sinne zu erkennen ist.*

Tabelle V.

Liquorveränderungen bei unbehandelter und nicht maximal behandelter älterer Syphilis.

	Unbehandelt	1 nicht maximale Kur
Zurhelle u. *Krechel*	34, davon 12 = 35,3 % krank	21, davon 8 = 38,1 % krank
Schreus und *Napp*	73, davon 40 = 55 % krank	36, davon 16 = 44,4 % krank
Zusammen:	107, davon 52 = 48,6 % krank	57, davon 24 = 42,1 % krank

	2 nicht maximale Kuren	3 und mehr nicht maximale Kuren
Zurhelle u. *Krechel*	14, davon 11 = 78,5 % krank	53, davon 30 = 56,6 % krank
Schreus und *Napp*	53, davon 23 = 43 % krank	101, davon 53 = 52,5 % krank
Zusammen:	67, davon 34 = 51 % krank	154, davon 83 = 53,9 % krank

Zusammenfassung.

Es erscheint wünschenswert, die Ergebnisse der Luesbehandlung durch systematische Sammlung der durch Liquoruntersuchung kontrollierten Lueskranken auf eine einheitliche statistische Grundlage zu stellen. Zu diesem Zweck ist eine Schematisierung der stattgefundenen Behandlung notwendig, die durch Trennung der Fälle in „maximal" und „nichtmaximal" behandelte erzielt werden kann. Als „maximale" Behandlung gilt die von *E. Hoffmann* vorgeschlagene Kur, die durch genügend hohe Einzeldosen, kurze Zwischenräume zwischen den einzelnen Injektionen, hohe Gesamtdosis bei Kom-

Digitized by Google

bination mit Hg oder Bi, sowie kurze Pausen zwischen einzelnen Kuren festgelegt ist.

Bei den von uns zusammengestellten 332 Fällen ergibt sich, daß im *Frühstadium der Lues ohne Behandlung 30% der Fälle passagere Liquorveränderungen zeigen, die durch Behandlung fast ganz verhütet werden können.*

Im Spätstadium nimmt die Zahl der Liquorkranken ohne Behandlung auf etwa 50% zu. Auch hier zeigt sich ein Einfluß der Behandlung insofern, als die Fälle, bei denen eine negative Blutreaktion erreicht wird, nur 30% Liquorerkrankungen aufweisen. Wird die Blutreaktion aber nicht negativ, so treten Liquorveränderungen in gleichem Prozentsatz auf wie ohne Behandlung. Bei ausreichender Behandlung werden demgemäß Liquorveränderungen in der größeren Hälfte der Fälle nicht angetroffen, wohingegen eine ungenügende Behandlung keinen besseren Erfolg hat als keine Therapie.

II.

(Aus der Universitätsklinik für Dermatologie und Syphilidologie in Wien [Vorstand: Prof. Dr. *L. Arzt*].)

Über Favus corporis durch Achorion gypseum.

Von

Dr. KURT TZSCHIRNTSCH,
Görlitz.

Während der durch den *humanen* Pilzstamm Achorion Schönleini hervorgerufene Favus in Ländern wie Österreich und Deutschland fast nur durch Einschleppung zur Beobachtung kommt, so wird doch auch in diesen im allgemeinen favusfreien Ländern ab und zu über diese Dermatomykose, durch *tierische* Erreger bedingt, berichtet; von letzteren ist wiederum die durch Achorion gypseum erzeugte Pilzerkrankung recht selten.

So gelangte sie, soweit mir die Literatur zugänglich war, in Frankreich viermal *(Bodin, Sabouraud, Sabrazès, Rabut et Dumet)*, in Belgien einmal *(Lefèvre)*, in Österreich sechsmal *(Stein, Scherber)*, in Dänemark viermal *(Rasch)*, in England einmal *(Mewborn)* und in Italien dreimal *(Porzelli, Truffi)* am Menschen zur Beobachtung. Als *Infektionsquellen* kommen Pferde, Hunde, Hähne, Katzen, Ratten und Mäuse in Frage, bei denen das Achorion gypseum teils als Krankheitserreger gefunden, teils mit Erfolg überimpft worden ist.

Digitized by Google

Von den bis jetzt bekannt gewordenen 19 Fällen ist bei zehn Erkrankungen der Ansteckungsherd nicht mit Sicherheit festzustellen. In der Schilderung der Effloreszenzen stimmen die Autoren meistens überein; sie werden als scheibenförmige Herpes-tonsurans-ähnliche, entzündlich gerötete Herde von Kleinmünzengröße mit rascher peripherer Wachstumstendenz und mit Neigung zur Bläschen- und Schuppenbildung beschrieben. Betont wird vor allem die große Trichophytieähnlichkeit *(Rabut et Dumet, Sabouraud, Porzelli). Mewborn* sah einen Favus durch Achorion gypseum in Form eines Herpes circinatus mit kleinsten Skutulis. Kinder scheint das Achorion gypseum ungleich häufiger zu befallen, vielleicht mit dem Spielen mit Haustieren in Zusammenhang stehend. *Sabouraud* berichtet über einen 20 Tage alten Säugling an Favus durch Achorion gypseum erkrankt. Das Alter der übrigen Kinder bewegt sich zwischen 4 und 14 Jahren. Bei Erwachsenen kamen bis jetzt drei Fälle von Favus durch Achorion gypseum zur Beobachtung. In der Lokalisation scheint die Gesichtshaut bevorzugt zu sein; so wurde fünfmal die Wange, je einmal der Nacken, ein Augenlid, ein Augenwinkel und die Innenseite eines Armes befallen. Zweimal kam eine Ausbreitung über den ganzen Stamm zur Beobachtung. Im behaarten Gebiet wurde das Achorion gypseum je einmal an der Stirnhaargrenze und Bart, nur zweimal als Kerion Celsi des behaarten Kopfes (Nackengegend) gesehen. *Sabrazès* beschreibt einen Erkrankungsfall durch Achorion gypseum mit tumorartiger Neubildung. Eine sehr reichliche Skutulaentwicklung sahen *Rabut et Dumet* und *Scherber,* während andere Autoren einmal reichlich *(Truffi),* und ein andermal wenig typische Skutula vorfanden *(Bodin, Sabrazès, Mewborn).*

Die bisher ziemlich spärlich vorliegenden Beobachtungen von Tierfavus durch Achorion gypseum sollen in folgendem durch weitere drei Fälle, die in dem letzten Jahre an der Klinik *Arzt* zur Behandlung kamen, ergänzt werden.

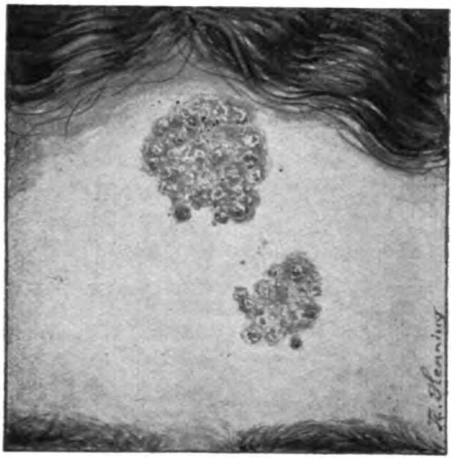
Fall I. G. R. 6 Jahre An. (2. 6. 1927.) Nach Angaben der Mutter entstand bei dem Kinde vor drei Wochen an Stirnhaargrenze ein zirka eingroschenstückgroßer rötlich-bräunlicher Fleck. Einige Tage später Auftreten neuer Herde an beiden Beinen. Täglich weiteres Umsichgreifen. Nach 14 Tagen Stillstand. Mutter ist täglich mit Kindern im Schrebergarten. Die Spielschule ist frei von Hautkrankheiten. Haustiere nicht vorhanden; dagegen gibt es im Schrebergarten viel Mäuse und in den Nachbargärten 2 Katzen, von denen die eine, an einem Ausschlage, der zeitlich mit der Infektion des Kindes zusammenfiel, erkrankt, fortgeschafft wurde.

St. pr. An der Stirn zwei scharf begrenzte scheibenförmige, zirka zweigroschenstückgroße Herde, in deren Bereich die Haut entzündlich gerötet und von einzelnen stecknadelkopfgroßen Knötchen besetzt ist. Auf den erkrankten Stellen befinden sich mehrere ganz kleine, weißlich-gelbliche Schüppchen, die sich leicht von ihrer Unterlage abheben lassen. Weitere 20 Effloreszenzen von derselben Beschaffenheit unregelmäßig verstreut über Stamm und Extremitäten, insbesondere dichter angeordnet an der Innenseite beider Oberschenkel. Der behaarte Kopf ist völlig frei. Mikroskopischer Pilzbefund: positiv. Trichophytin (Höchst) 1:50, 0,1 intrakutan: negativ. Eine aus den Schüppchen angelegte Kultur ergab das Achorion gypseum in Reinkultur. Die Kulturen wurden auf Maltose-Peptonagar Grütz und auf gewöhnlichem Mal-

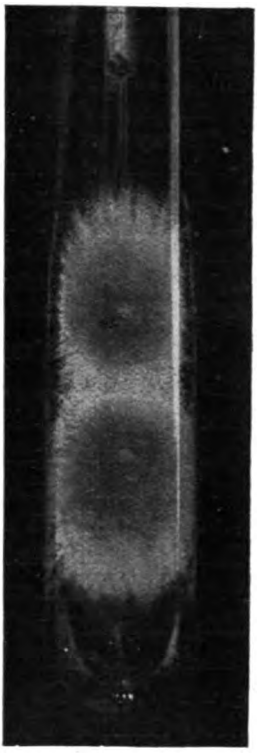
Digitized by Google

toseagar gezüchtet. Auf ersterem Nährboden kamen sie charakteristischer zur Entwicklung. Ihrer Form nach zirka einschillingstückgroße Scheibchen mit einem stecknadelkopfartig hervorgehobenem Zentrum; die Mitte der Kolonie ist milchkaffeebraun gefärbt, die Randpartie bleibt weiß und ist radiärwärts strahlig ausgezogen. Eine mehrmalige Pilzuntersuchung bei einer Maus des betreffenden Schrebergartens ergab kein Resultat. Eine Katze ohne Befund. Die andere favusverdächtige Katze wurde tierärztlich unter der Diagnose „Räude" vernichtet. Kultur wurde leider nicht angelegt.

Unter Pinselung von 10% Chrysarobin-Traumatizin heilt die Affektion ab.



Fall I. Zwei Herde an der Stirne mit kleinsten Scutulis.



Fall I. Kulturen von Achorion gypseum.

Fall 2. H. R. 3½ Jahre. Bruder von Fall 1. An. (11. 6. 1927). Seit 3 Tagen rötlich-brauner Fleck am linken Oberschenkel, der schnelle Wachstumstendenz zeigt. Ansteckungsquelle: die Schwester.

St. pr. An der Innenseite des linken Oberschenkels ein zirka kleinfingernagelgroßer, entzündlich geröteter scheibenförmiger Herd, völlig ähnelnd denen von Fall 1. Auf der Effloreszenz liegen mehrere stecknadelkopfgroße, weißlich-gelbliche Stippchen. Mikroskopischer Pilzbefund: positiv. Die auf Grütz- und Maltoseagar angelegten Kulturen ergaben wiederum das Achorion gypseum. Besonders schön war die milchkaffeebraune Verfärbung des Zentrums auf Grützagar zu konstatieren. Trichophytin (Höchst) 1:50, 0,1 intrakutan: negativ.

Unter 10% Chrysarobin-Traumatizin-Pinselung heilt die Affektion ab.

Fall 3. V. K. 60 Jahre. An. (Nov. 1926), Pensionist. Seit 8 Tagen Ausschlag an dem rechten Handrücken. Arbeitet viel im Schrebergarten. Mit Katzen, Mäusen und Ratten kommt er angeblich nicht in Berührung.

St pr. Am rechten Handrücken, in der Gegend des vierten und fünften Metakarpale, ein zirka einschillinggroßer, kreisrunder, blauroter Herd mit angedeuteter Bläschenbildung. Innerhalb der Effloreszenz drei einhalbgrießkorn-

Digitized by Google

große gelbliche Verfärbungen, die den Eindruck von eingetrockneten Pusteln erwecken; sie entleeren jedoch keinen Eiter, sondern es lassen sich gelbe, trockene, pulverartige Massen abkratzen. Die Affektion hat die Neigung, gleich in die Tiefe zu dringen, erinnert aber sonst sehr an einen Herpes tonsurans. Einzelne Haare leicht ausziehbar. Mikroskopischer Pilzbefund: positiv. Die Pilze dringen in den Haarschaft hinein. Die auf dem Herde liegenden bröckeligen Massen ergaben eine Reinkultur von Pilzen, die jedoch viel Ähnlichkeit mit dem Epidermophyton inguinale hatten. Trichophytin (Höchst) 1:50, 0,1 intrakutan: positiv. Die auf denselben Nährböden wie Fall 1 und 2 angelegten Kulturen ergaben als Erreger das Achorion gypseum. Auf Grützagar waren seine charakteristischen Merkmale besser zu erkennen. Die Überimpfung der Pilzelemente auf ein Meerschweinchen gelang, und die davon angelegte Kultur ergab wiederum Achorion gypseum und unterschied sich in nichts von der Ausgangskultur. Unter Behandlung mit *Wilkinson*scher Salbe schnelle Heilung.

Das Bemerkenswerteste an den drei Fällen ist wohl die relativ schwere Diagnostizierbarkeit, vor allem gegenüber einem Herpes tonsurans, sei er nun durch Trichophyton-, Mikrosporon- oder Epidermophytonstämme bedingt. Zwar erregten die bei Fall 3 vorhandenen Skutula schon Verdacht auf Favus, jedoch bei Fall 1 und 2, bei denen keine Skutula bei der ersten Untersuchung festzustellen waren, entstand der Gedanke an Favus erst im Laufe der Behandlung. Auch mikroskopisch ließ sich bei Fall 1 und 2 die vorliegende Pilzart schwer diagnostizieren und nicht leicht gegen *Epidermophyton inguinale* abgrenzen, da sich außer segmentierten Fäden auch oosporaähnliche Gebilde wie bei Epidermophyton inguinale fanden. Bei Fall 3 konnte allerdings infolge Befallenseins der Haare durch den Pilz das Epidermophyton inguinale bereits mikroskopisch als unwahrscheinlich gelten, da ja letzterer Erreger *niemals* in das Haar eintritt. *Mikrosporie* konnte durch den Mangel zarter, vielfach verzweigter und zu einem dichten Netzwerk angeordneter Fäden, *Trichophytie* im engeren Sinne durch das Vorhandensein der oosporaartig gegliederten Ketten ausgeschlossen werden. Die *letzte Entscheidung* brachte erst die *Kultur*, die *Sabouraud* als wichtigstes Kriterium zur Diagnose Favus durch Achorion gypseum ansieht. Auch in der Kultur bestand zunächst eine entfernte Ähnlichkeit mit dem Epidermophyton inguinale. Doch bei weiterem Wachstum näherte sich das Aussehen der Kulturen von Fall 1—3 immer mehr dem von *Bodin* beschriebenen Achorion gypseum. So traten auf Maltose-Peptonagar-*Grütz* die charakteristischen Merkmale des Achorion gypseum auf, ja sogar besser als auf gewöhnlichem Maltoseagar. Differentialdiagnostisch spricht in allen drei Fällen gegen Trichophyton gypseum, dessen Kultur eben-

Digitized by Google

falls einen gipsartigen Belag aufweist, die für Achorion gypseum charakteristische milchkaffeebraune Verfärbung des Zentrums. Das Epidermophyton inguinale zeigt auf diesen Nährböden einen Farbenton, der dem einer unreifen Zitrone gleicht. Außerdem wächst die Kultur von Achorion gypseum in viel kürzerer Zeit. Bei Fall 3 konnte Epidermophyton inguinale, außer durch den mikroskopischen Befund im Haar und das Aussehen der Kultur, noch durch den positiven Tierversuch am Meerschweinchen ausgeschlossen werden, da Epidermophyton inguinale auf Tiere nicht überimpfbar ist. Die *Trichophytinreaktion* mit Trichophytin (Höchst), einem polyvalenten Trichophytin, war bei Fall 1 und 2 negativ, während Fall 3 ein positives Resultat aufwies. Letzteres ließ sich wohl durch das Tiefenwachtum des Pilzes erklären, wodurch eine Allergie sowohl gegen artspezifische als auch artverwandte Stämme hervorgerufen wurde*).

Zusammenfassung.

Drei Fälle von *Körperfavus* durch das *animale Achorion gypseum* betrafen *zwei Kinder mit oberflächlichen Affektionen* und *einen Erwachsenen mit einem in die Tiefe greifenden Herd;* bei letzterem war auch eine *allergische Trichophytinreaktion* feststellbar. *Die Differentialdiagnose,* hauptsächlich in *mikroskopischer* und *kultureller* Hinsicht, gegenüber den vielfach recht ähnlichen Körperherden von *Trichophytie, Mikrosporie* und *Epidermophytie* wird besprochen.

Literaturverzeichnis.

Bodin, Ann. d. derm. et d. Syphil. 1907. S. 584. — *Meuborn,* Zitiert von Sabouraud in Les Teignes. Paris 1910. Masson & Co. S. 571. — *Porcelli,* Ref. Ztrbl. f. Haut- u. Geschlechtskr. Bd. 12. S. 283. 1924. — *Rabut et Dumet:* Ref. Ztrbl. f. Haut- u. Geschlechtskr. Bd. 11. S. 435. 1923. — *Rasch,* Ref. Ztrbl. f. Haut- u. Geschlechtskr. Bd. 3. S. 372. 1922. — *Derselbe,* Ref. Ztrbl. f. Haut- und Geschlechtskr. Bd. 4. S. 359. 1922. — *Sabouraud,* Les Teignes. Paris 1910. Masson & Co S. 571. — *Sabrazès et Brengues,* zitiert von Sabouraud in Les Teignes. Paris 1910. Masson & Co. S. 571. — *Scherber,* Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 125. S. 47. 1920. — *Stein,* Die Fadenpilzerkrankungen des Menschen. Lehmanns med. Atlant. Bd. 12. S. 40. 1914. — *Derselbe,* Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 132. S. 294. 1921. — *Truffi,* Ref. Derm. Woch. Bd. 59. S. 1308 1914. — *Derselbe,* Ref. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 119. S. 326. 1915. — *Derselbe,* Ref. Derm. Woch. Bd. 76. S. 423. 1923. — *Derselbe,* Ref. Ztrbl. f. Haut- u. Geschlechtskr. Bd. 9. S. 393. 1924.

*) Herr Prof. *E. Hoffmann* war so liebenswürdig auf nachfolgende Arbeit aufmerksam zu machen: *Simon,* Über Mäusefavus. Derm. Ztschr. 50. 36. 1927.

Digitized by Google

III.

(Aus dem Dermatologischen Stadtkrankenhaus II, Hannover [Direktor: Prof. Dr. *Stümpke*].)

Zwei Fälle von unterminierter Narbenbildung nach chronischer Eiterung (Perifolliculitis abscedens et suffodiens).

Von

Dr. BERNWARD H. U. MOHRMANN,
Sekundärarzt.

Da in der Literatur Angaben über unterminierte Narbenbildungen nach chronischen Eiterungen verhältnismäßig spärlich sind, halten wir die Mitteilung zweier Fälle, die wir zu beobachten Gelegenheit hatten, für wertvoll. Wir beschränken uns auf einen kurzen Auszug aus den Krankengeschichten unter Berücksichtigung nur der wesentlichsten Momente.

Fall 1. Arbeiter Erich M., 27 Jahre alt. Familienanamnese o. B. Pat. hatte 1918/19 eine Malaria, 1922 eine unkomplizierte Gonorrhöe, sonst ist er angeblich nie ernstlich krank gewesen. 1924 bildete sich bei dem Pat. ein Knoten von Haselnußgröße im Nacken, der vom behandelnden Arzt ausgedrückt wurde. Anschließend traten in der Umgebung neue Knoten (Furunkel) auf, die 3 Wochen lang unbehandelt blieben. Der dann zugezogene Arzt öffnete die vorhandenen und noch entstehenden Furunkel fast alle mit dem Messer, im ganzen etwa 40. Außer im Nacken und am Hinterkopf traten auch am Gesäß und der rechten vorderen Achselfalte vereinzelte Pusteln und Furunkel auf. Der Krankheitsverlauf erstreckte sich ungefähr über 1 Jahr. Seit einigen Wochen leidet der Pat. an Kopfschmerzen und erneuten Pustelbildungen am Hinterkopf, die ihn veranlaßten, im August 1926 Prof. *Stümpke* zu konsultieren.

Abb. 1.

Digitized by Google

Status praesens: Mittelgroßer, kräftiger Mann in gutem Ernährungszustand.

Innere Organe ohne nachweisbare pathologische Veränderungen.

Hautbefund: Auf dem Hinterkopf und im Nacken finden sich zahlreiche bis knapp pfennigstückgroße, meist kleinere Narben, die uns, abgesehen von ihrer verschiedenen Größe, als untereinander gleiche Gebilde imponieren. Die einzelnen Narben sind kraterförmig, mit scharfen, wie ausgestanzten Rändern von derber Konsistenz, die teilweise erheblich unterminiert sind. Die Haut zwischen den Narben weist vereinzelte follikuläre Eiterpusteln und zahlreiche Komedonen auf. Die Narben selbst sind weißlich und frei von Haaren. Am Gesäß und an der rechten vorderen Achselfalte finden sich vereinzelte Narben von gleicher Beschaffenheit. Zwischen diesen typischen höhlenähnlichen Narben sehen wir verschiedene strichförmige, die offenbar von den Inzisionen herrühren. In den Ausstrichpräparaten sowie in den angelegten Kulturen der Eiterpusteln werden Staphylokokken nachgewiesen.

Fall 2. Arbeiter Hermann H., 31 Jahre alt. Familienanamnese o. B. Der Pat. ist angeblich früher nie ernstlich krank gewesen. 1924 wurde der

Abb. 2.

Pat. wegen eines pustulösen Ausschlages an beiden Unterschenkeln mit Salben und Röntgenbestrahlungen behandelt. Der Ausschlag kam unter der Behandlung in etwa einem halben Jahre zur Ausheilung. August 1925 entwickelte sich ein ähnlicher Ausschlag am Kinn, der ohne Erfolg mit verschiedenen Salben behandelt wurde. Es erfolgte eine Ausbreitung des Krankheitsprozesses auf beide Unterarme. Seit Mitte Januar 1926 ist der Pat. in Behandlung der hiesigen Poliklinik, wo sich das Krankheitsbild unter Staphylo-Yatren-Injektionen neben lokaler Behandlung besserte. Am 29. Februar 1926 erfolgte Aufnahme in das Krankenhaus II zur klinischen Weiterbehandlung.

Status praesens: Großer, kräftiger Mann in ausreichendem Ernährungszustand; sichtbare Schleimhäute gut durchblutet.

Innere Organe ohne nachweisbare krankhafte Veränderung.

Hautbefund: Der Krankheitsprozeß nimmt die Haut beider Vorderarme unter deutlicher Bevorzugung der Streckseiten ein und greift teilweise auf die Handrücken über. Ein Herd von der Ausdehnung eines Handtellers befindet sich an der linken Kinnseite. Die erkrankten Hautpartien sind bläulichrot verfärbt und weisen zahlreiche kraterförmige Narbenbildungen auf. Die

Digitized by Google

Ränder dieser Narben sind derb und größtenteils unterminiert, teilweise kleine Hautbrücken bildend. Die kraterförmigen Gebilde haben meistens etwa Linsengröße. Zwischen diesen Narben sieht man viele, bis erbsengroße follikuläre Pusteln, die teilweise durch Zusammenfließen deutlich fluktuierende Abszeßbildungen unter der Haut hervorrufen. Die Haut der Herde zeigt außer geringer Infiltration leichte kleienförmige weißliche Schuppung. Die Herde gehen ohne erkennbare Begrenzung in die normale Haut über. An den Streckseiten beider Unterschenkel sind zahlreiche, bis zu pfennigstückgroße, papierdünne, weißlich glänzende Narben, deren Umgebung leichte Pigmentation aufweist. Der sonstige Hautbefund ist ohne Besonderheiten. Aus dem Pusteleiter werden im Ausstrichpräparat massenhaft Streptokokken nachgewiesen; der Befund wird durch kulturelle Untersuchungen bestätigt.

26. 2. Pondorf-Impfung negativ.

2. 3. Blutuntersuchung nach Wassermann und Meinicke negativ.

15. 3. Nach 6 Strepto-Yatren-Injektionen und Sublimatumschlägen ist eine deutliche Besserung des Krankheitsbildes eingetreten; es sind nur wenige Neubildungen von Pusteln und Abszessen erfolgt.

15. 4. Röntgenbestrahlung mit 5×1 mm Al. F., intravenöse Injektionen einer 2%igen Kollargollösung und verschiedene Salbenmedikationen (Ung. praecip. alb., Zinnobersalbe, Histopinsalbe usw.) konnten keine wesentliche weitere Veränderung des Krankheitsprozesses bringen.

25. 5. Omnadin-Injektionen blieben ohne Einfluß, 1%ige Sublimatsalbe bewirkte eine vorübergehende Besserung. Es sind aber wieder zahlreiche neue Pusteln aufgetreten.

1. 7. Stoffwechseluntersuchungen des Blutes in dem chemisch-physiologischen Institut des Krankenhauses I durch Dr. ing. *Soika* ergeben keine wesentlichen Abweichungen von der Norm.

7. 8. Quarzlampendruckbestrahlungen bis zu 12 Minuten in jeder Sitzung werden ohne stärkere Reizerscheinungen vertragen und haben zweifellos einen günstigen Einfluß. Es wird die Behandlung mit Opsonogen-Injektionen begonnen.

18. 8. In letzter Zeit sind nur noch ganz vereinzelte Pusteln neu aufgetreten, größere Abszesse haben sich nicht wieder gebildet, so daß der Pat. wesentlich gebessert in ambulante Weiterbehandlung entlassen werden kann. Der Ausheilungsprozeß ist unter der gleichen eigenartigen Narbenbildung, wie im Aufnahmebefund beschrieben, erfolgt.

Epikrise.

Fall 1 hat zweifellos große Ähnlichkeit mit dem von *Koehler* als „eigenartiger Fall von unterminierter Narbenbildung am behaarten Kopf nach chronischer Eiterung" beschriebenen Krankheitsbild. *Friboes* möchte in seiner Publikation in der Dermatologischen Zeitschrift den von *Koehler* angegebenen Fall als eine *Follikulitis et Perifollikulitis abscedens et suffodiens* bezeichnet wissen. Bekanntlich wurde der Name Perifollikulitis abscedens et suffodiens von *E. Hoffmann*-Bonn, anläßlich eines 1907 in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft von ihm demonstrierten Falles von narbiger Alopezie geprägt. *Ruete* fügt in

Digitized by Google

einer Zusammenstellung dem Fall von *E. Hoffmann*, einem von *Nobl* und einem von *Spitzer* beschriebenen einen selbstbeobachteten Fall an. In allen diesen vier Fällen ist die Erkrankung am Hinterkopf der Patienten lokalisiert. Das sich aus der Beschreibung ergebende Krankheitsbild mit zahlreichen Knoten und Knötchenbildungen, die durch Gänge miteinander in Verbindung stehen, „einen großen Teil der Kopfhaut unterminieren und unterwühlen", ist bei unseren Fällen nicht so stark ausgeprägt, aber doch in gewissem Grade vorhanden. Abweichend ist in unserm zweiten Falle der Sitz der Dermatose am Kinn und den Streckseiten der Extremitäten. Zum Bilde der differentialdiagnostisch in Betracht zu ziehenden *Follikulitis sclerotisans* (Dermatitis papillaris, Kaposi) passen nicht die Unterminierungen der Haut, wir müßten im Gegenteil bindegewebige, schwielige Wucherungen finden, die über das Hautniveau deutlich erhaben sind und so unregelmäßige, höckerige, keloidartige (*Keloidakne*) Wülste bilden. Auch fehlen bei unserm Fall 1, der ja mit Rücksicht auf die Lokalisation nur in Frage käme, die bei der Dermatitis papillaris zwischen den Wucherungen eingestreuten, büschelförmig zusammenstehenden Haare. Bei der *Alopecia atrophicans* (Pseudo-pelade, Brocq) entstehen spontan, ganz langsam, ohne jedes klinische Zeichen einer Entzündung kahle atrophische Herde. Die follikulären Eiterungen stehen bei unseren Fällen aber so im Vordergrunde, daß diese Diagnose schon aus diesem Grunde unbedingt fallengelassen werden muß. Anders liegen die Verhältnisse bei der *Follikulitis decalvans*, wo ja gerade die follikulären Eiterungen das Krankheitsbild beherrschen und durch Zusammenfließen von perifollikulären Eiterungen unter der Haut kommunizierende Abszesse bilden können und so zu der *Hoffmann*schen Perifolliculitis abscedens et suffodiens führen, die *Mulzer* in seinem Lehrbuch als Untergruppe der Folliculitis decalvans auffaßt. Wenn wir uns zu der Diagnose *Folliculitis et Perifolliculitis abscedens et suffodiens* entschließen, so sind wir uns bewußt, daß die Lokalisation im Falle 2 nicht dem klassischen Bilde entspricht.

Literaturverzeichnis.

Frieboes, Derm. Ztschr. 1925. Bd. 45. S. 18. — *Hoffmann, E.*, Derm. Ztschr. 1907. Bd. 15. S. 122. — *Koehler*, Derm. Wschr. 1925. Bd. 80. S. 170. — *Ruete*, Derm. Ztschr. 1913. Bd. 20. S. 901. — *Wolff* und *Mulzer*, Lehrbuch d. Hautkrankh. 1917.

Digitized by Google

IV.

(Aus der Dermatologischen Klinik in Graz
[Vorstand: Prof. Dr. *Matzenauer*].)

Zur Frage der Impetigo herpetiformis.

Von

Dozent Dr. KARL SCHREINER,
Assistent der Klinik.

Seit mehreren Jahren haben wir Gelegenheit, einen Hautfall zu beobachten, der sowohl wegen seines ungewöhnlichen Krankheitsbildes als auch wegen seines Verlaufes vereinzelt dastehen dürfte. Es handelt sich um einen nunmehr 11jährigen Knaben, der, wie aus beiliegenden Bildern zu ersehen ist, durch seine abnorme Fettleibigkeit und die fast rudimentäre Entwicklung des Genitales auffällt. Seit seinem ersten Lebensjahre — 1916 — erkrankt derselbe fast alljährlich an einer eigenartigen Hautaffektion, die sich in wenigen Tagen über den ganzen Körper ausbreitet, und nach mehrwöchiger Dauer ohne Residuen abheilt. Das Krankheitsbild wird beherrscht von kleinen meist gruppenweise auf entzündlicher Basis auftretenden mit Eiter gefüllten Bläschen, welche eine periphere Ausbreitung zeigen, zum Teil im Zentrum zu Borken vertrocknen, zum Teil konfluieren. Die Eruptionen sind stets von hohem Fieber begleitet, Symptome, die, wären sie an einer Schwangeren beschrieben, die Diagnose Impetigo herpetiformis nahelegen würden.

Aus der Familienanamnese ist nur zu bemerken, daß die Großmutter an einer Tbc. zugrunde gegangen ist, und väterlicherseits namentlich bei den männlichen Gliedern eine auffallende Fettsucht vorherrscht. Vater ist dem Alkoholabusus nicht abgeneigt. Lues wird negiert. Mutter ist gesund. Wa.R. negativ. Der Knabe war das erste Kind der damals 19jährigen Mutter und wurde ausgetragen. Die um 3 Jahre jüngere Schwester ist gesund. Nach Angabe der Mutter wurde die Muttermilch nicht vertragen, weshalb im 4. Monate zur künstlichen Ernährung übergegangen werden mußte. Bereits nach der ersten Woche der Umstellung zeigte sich angeblich am behaarten Kopfe ein etwa fünfkronenstückgroßer Entzündungsherd, der sich bald mit einer Kruste bedeckte. Im Anschluß daran entwickelte sich im Verlaufe von wenigen Tagen ein Ausschlag am ganzen Körper, der sich in seiner

Digitized by Google

Art in keiner Weise von den später zu beschreibenden Krankheitsbilde, wie wir es beobachtet haben, unterschieden haben soll. Die Erkrankung dauerte zirka 7 Monate. Haare und Nägel waren dabei abgegangen, und werden letztere von der Familie als Reliquie verwahrt. Im 2., 3. und 4. Lebensjahre blieb dann die Erkrankung aus, um im 5. und 6. Jahre wieder aufzutreten. Vom 7. Lebensjahre an steht der Knabe fast ununterbrochen in unserer Behandlung. In diesem Jahre zeigte sich insofern eine Änderung, als die Erkrankung unter reiner Puderbehandlung schon nach 8 Wochen abheilte, um aber nach vierwöchentlicher Pause im Anschluß an eine leichte Verletzung, die mit Jodoform behandelt worden sein soll, von der Verletzungsstelle aus zu rezidivieren. Bis zur vollständigen Heilung vergingen zirka 5 Monate. Ähnlich war der Verlauf im folgenden Jahre, nur mit dem Unterschied, daß die Heilung der ersten Phase keine vollständige war und das Rezidiv sich unmittelbar anschloß, das damals mehrere Monate dauerte. Im 9. Lebensjahre blieb die Erkrankung aus. Die in diesem Jahre eingeleitete diätetische Kur (purinfreie Kost) konnte ebensowenig wie eine Bäderbehandlung einen Stillstand herbeiführen; anfangs Mai des folgenden Jahres setzte die Erkrankung wieder ein und ebenso im heurigen Jahre. Beide Attacken waren kürzer und dauerten ungefähr je 10 Wochen.

Zwischen den einzelnen Erkrankungen erfreut sich der Knabe des besten Wohlbefindens und zeigt sogar eine gewisse Widerstandskraft gegen Erkältungen usw. An der Haut sind allerdings gerade in den letzten 2 Jahren ab und zu ekzemartige Veränderungen von wechselnder Stärke zu sehen. Dieselben zeigen aber niemals Bläschenbildung und sind durch geringe Rötung und zarte Schuppung sowie scharfe Abgrenzung charakterisiert.

Beschreibung des Krankheitsbildes: Wie bereits oben erwähnt wurde, haben wir nunmehr bei dem Knaben bzw. mit den Rezidiven 6 Anfälle beobachtet. Der Verlauf, der bisher immer derselbe war, ist folgender: Der Knabe wird eingebracht und zeigt am behaarten Kopfe einen zirka handtellergroßen Krankheitsherd, der mit trockenen gelblich-grünen Borken bedeckt ist. Hebt man die Borke ab, so kommt eine gerötete, stellenweise nässende Haut zum Vorschein. Die Temperatur ist leicht erhöht (37,3—37,8°). Ein bis 2 Tage später sieht man, teils mit dem primären Herde zusammenhängend, teils örtlich getrennt, am Kopfe, an den Schläfen, den Wangen, manchmal auch schon am Halse und den Armen meist über Nacht auftretende entzündete Hautpartien, auf welchen stecknadelkopfgroße bis hirsekorngroße eitergefüllte Bläschen in Gruppen oder Ringform angeordnet zu sehen sind, die sofort bei ihrem Auftreten einen eitrigen Inhalt aufweisen. Die Temperatur schnellt gleichzeitig rasch über 39° in die Höhe. Das Allgemeinbefinden ist aber auffallenderweise relativ wenig gestört. Appetit ist gut. Während die eben erwähnten Pustelgruppen teils konfluieren bis zu tellergroßen, schlappen Blasen, teils im Zentrum der Herde zu braunen Borken vertrocknen, breitet sich die Krankheit stellenweise durch Verbreiterung der alten Herde, indem an den Rändern neue Pustelnachschübe erfolgen, oder durch Auftreten neuer Herde über den ganzen Körper aus. Wie aus den Bildern 1 und 2 zu ersehen ist, zeigt sich besonders im Eruptionsstadium das Herpes iris-artige Bild. Im weiteren Verlaufe wird allerdings dieses Bild verdrängt durch die weitgehende blasige Abhebung der Haut infolge der konfluierten Pusteln und weiter durch Ablösen der Blasendecken in großen Lamellen. Unter den abgelösten Blasendecken erscheint eine stellenweise feuchte, gerötete Haut, die sich alsbald über-

Digitized by Google

häutet. In Intervallen von 5—8 Tagen wird diese Abheilung durch neue Pustelnachschübe gestört, die aber wieder gruppenweise auftreten. Und zwar erscheinen zunächst dieselben in Gruppen zerstreut am ganzen Körper, um später ausschließlich Arme und Beine zu befallen. Die letzten Nachschübe, die dann oft längere Zeit über andauern, zeigen sich als handtellergroße Herde über beide Ober- und Unterschenkel und an den Unterarmen. Diese Nachschübe sind stets von neuen Temperaturanstiegen angekündigt oder begleitet. Trotz des wochenlangen Andauerns der fieberhaften Erkrankung bleibt das Allgemeinbefinden relativ gut und ist auch die Rekonvaleszenz eine kurze. Die Nägel fallen in dieser Zeit regelmäßig aus, während der Haarausfall nur ein geringer ist.

Klinische Untersuchung: Innere Organe o. B. Die Harnausscheidung ist niemals gestört. Das spez. Gewicht zeitweise etwas unternormal bis 1003 g. Eiweiß und Zucker negativ. Indikan ist zeitweise etwas vermehrt. Urobilin und Urobilinogen ist besonders in der Entwicklung der Krankheit verstärkt nachweisbar. Die Peptidasenausscheidung im Harn ist im Stadium der Entwicklung der Krankheit sistiert, während in der Abheilung eine mächtige Harnflut einsetzt. Die gleichmäßig notwendige Beobachtung des Blutserums mußte leider aus äußeren Gründen unterbleiben. Die Nachschübe konnten durch die Harnuntersuchungen nicht voraus bestimmt werden. Die Kochsalzausscheidung ist in der ersten Krankheitsperiode leicht angehalten (6 bis 8 g in 24 Stunden) und im Abklingen der Erkrankung normal (10—12 g in 24 Stunden).

Blutbefunde aus der letzten Erkrankung 1927: *4. Tag:* R. Bl. 5850000, Leuk. 20000, Neutr. 64%, Eos. 3%, Bas. 0,3%, Lymph. 28%, Mono. 5%, Blutgerinnung 4 Min. *12. Tag:* R. Bl. 6024000, Leuk. 23470, Neutr. 51%, Eos. 0,0%, Bas. 0,3%, Lymph. 44,0%, Mono. 2%, Blutgerinnung 4½ Min. *24. Tag:* R. Bl. 5520000, Leuk. 11040, Neutr. 49%, Eos. 4%, Lymph. 44,5%, Bas. 0,1%, Mono. 1%, Blutgerinnung 4½ Min.

Von den späteren Blutuntersuchungen sei nur erwähnt, daß außer dem Ansteigen der Eosinophilen bis 8% keine Besonderheiten zu verzeichnen sind. Bakteriologisch: Blutkultur steril. Der Pustelinhalt erweist sich bei wiederholter mikroskopischer und kultureller Untersuchung steril.

Wie nun bereits oben angedeutet wurde, erinnert der Knabe durch seine abnorme Fettleibigkeit sowie durch die mangelhafte Entwicklung des Genitales an den Typus der Dystrophia adiposogenitalis. Dementsprechend ist auch die Haut in ihrer Beschaffenheit glasig und durchsichtig. In Anbetracht des Umstandes, daß bereits von mehreren Autoren der Gedanke ausgesprochen wurde, die Impetigo herpetiformis sei als Autotoxikose, die durch Störung des innersekretorischen Gleichgewichtes bedingt ist, aufzufassen, war es naheliegend, die Röntgenbilder des Kopfes bezüglich der Hypophyse zu studieren. Die Hypophysengrube der Sella turcica ergab aber keine Anhaltspunkte.

Die histologische Untersuchung der Haut mußte infolge Einspruches der Eltern gegen eine Probeexzision unterbleiben.

Digitized by Google

Erwähnenswert ist auch das Resultat einer zweimal durchgeführten Adrenalinprobe. Der Blutzucker steigt von 0,09 bzw. 0,1 auf 2,5 bzw. 2,3 mg wenige Stunden nach einer Injektion von 0,0005 Adrenalin. Die Zuckerausscheidung ist bis 12 Stunden nach der Injektion natürlich eine stark vermehrte.

Therapie: Bezüglich der Therapie bzw. der bei der Behandlung des Knaben gewonnenen Erfahrungen kann nur gesagt werden, daß die reine Puderbehandlung und die Wasserbettbehandlung die weitaus günstigsten Resultate gezeitigt hat. Alle anderen Versuche, das Krankheitsbild therapeutisch zu beeinflussen, schlugen fehl. Ich erwähne nur Arsen, Traubenzucker, Höhensonnenbestrahlungen sowie Röntgen. Ebenso erfolglos blieben bisher alle Maßnahmen, welche getroffen wurden in der Absicht, den Neuausbruch der Eruption zu verhindern. Außer den oben bereits erwähnten sind zu nennen diätetische Kuren, Klimawechsel sowie die Verabfolgung von Hypophysepräparaten, kombiniert mit Testes durch mehrere Monate.

Zusammenfassung.

Das beschriebene Krankheitsbild deckt sich in seinen Symptomen in vieler Beziehung mit der von *Kaposi* gegebenen Definition der Impetigo herpetiformis:

1. miliare, primär als solche auftretende oberflächliche Pusteln.

2. Dieselben erscheinen stets auch in allen Nachschüben in der gleichen Art.

3. Dieselben sind stets in Gruppen oder Haufen angeordnet.

4. Dieselben Effloreszenzen erscheinen in Nachschüben — im vorliegenden Falle jedoch nicht regelmäßig — an den Randpartien eines älteren konfluierenden oder verkrustenden oder sich ablösenden Herdes in ein- oder mehrfacher Reihe auf entzündlicher Basis, während im Zentrum sofort oder nach kurzer Zeit des Nässens Überhäutung stattfindet und niemals Ulzerationen und Narbenbildung. Von den zu den Hautveränderungen angeführten noch hinzutretenden Momenten treffen die ersten zwei Punkte ebenfalls zu: nämlich Beginn des Pustelausbruches unter Schüttelfrost oder vorherigem Ansteigen der Temperatur, sowie der Fieberverlauf, der ein remittierender ist mit Tagesdifferenzen von ca. 2°. Eine Abweichung gilt nur für den dritten Punkt. Das Allgemeinbefinden ist, wie bereits erwähnt wurde, wenig gestört.

Digitized by Google

Die Kardinalforderungen *Kaposis* konnten somit in unserem Falle fast ausnahmslos nachgewiesen werden. Die klassische Beschreibung *Hebras* knüpft bekanntermaßen dieses Krankheitsbild an die Schwangerschaft. *Kaposi* selbst hat aber dieses Krankheitsbild an einem Knaben beschrieben, und seither sind zahlreiche Fälle publiziert, bei denen die Impetigo herpetiformis an Nichtschwangeren und bei Männern beobachtet wurde. Auf Grund unseres Falles der mehrfach diskutierten Streitfrage näherzutreten, ob eine Erweiterung des *Hebras*chen Krankheitsbildes berechtigt ist oder nicht, ob jene an Nichtschwangeren beobachteten Fälle, welche die dermatologischen Symptome einer Impetigo herpetiformis aufweisen, in eine gesonderte Gruppe zusammengefaßt werden müßten, erscheint uns zwecklos, als wir ebensowenig wie die anderen in der Lage sind, konkrete Anhaltspunkte vorzuweisen, welche zur Klärung der Streitfrage beitragen könnten. Dies um so mehr, als unser Fall gewiß als ein Grenzfall zu werten ist, der schon in Anbetracht der ungewöhnlich häufigen Rezidive unter den bisher beschriebenen Fällen höchstens mit dem Falle von *Tryb* zu vergleichen wäre. Den Fall differentialdiagnostisch gegenüber anderen eventuell in Betracht kommenden Hautkrankheiten, wie Pemphigus miliaris, Dermat. herp. usw., abzugrenzen, dürfte in Anbetracht der beschriebenen Symptome unnötig sein.

Fragen wir uns nun, was wohl die Ursache dieses ungewöhnlichen Krankheitsbildes sein dürfte, so müssen wir zunächst auf Grund der oben erwähnten negativen Resultate der Untersuchungen des Blutes und des Pustelinhaltes Ursachen bakterieller Natur ausschließen. Naheliegend dürfte es dagegen sein, auf Grund der früher erwähnten abnormen Fettverteilung und der auffallenden Entwicklungshemmung des Genitales an endokrine Störungen als auslösende Ursache zu denken. Daß bei der einmaligen röntgenologischen Schädeluntersuchung keine Sellaveränderungen nachgewiesen werden konnten, schließt bekanntlich die Möglichkeit nicht aus, daß eine langsam fortschreitende Erkrankung bei späteren Untersuchungen aufgedeckt wird.

Digitized by Google

Zur Frage der Impetigo herpetiformis.

Von

Dozent Dr. KARL SCHREINER,

Assistent der Klinik.

In der obigen Arbeit in diesem Band der Dermatologischen Zeitschrift ist auf 4 Abbildungen verwiesen, die hiermit nachträglich abgedruckt werden.

Abb. 1. Eruptionsstadium: am Bauch die ringförmigen Bläschengruppen.

Digitized by Google

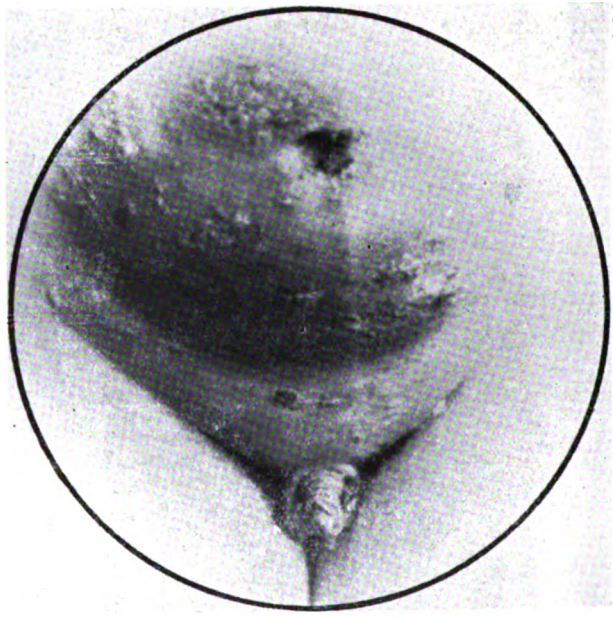


Abb. 2. Vergrößerung von Abb. 1.

Digitized by Google

Abb. 3. Linker Arm bei universeller Ausbreitung.

Digitized by Google

Abb. 4. Die Blasendecken in Abstoßung.

Digitized by Google

V.

Über eine bullöse Hauterkrankung in Strandbädern.

Von

Dr. OTTO MARX,

Facharzt für Hautleiden, Mannheim.

Zu dem in Heft 3 der Dermat. Zeitschrift von *E. Hartmann* und *J. Brichl* erschienenen Artikel über Auftreten einer bullösen Hauterkrankung in Strandbädern, kann ich noch einen ähnlichen Fall beifügen, der mich selbst betraf. — Voriges Jahr im Sommer traten bei mir, nach einem vorangegangenen Bad im Neckar mit anschließendem Sonnenbad auf einer Wiese am nächsten Tag unter starkem Jucken mehrere blaßrote Pusteln auf, und zwar an den Körperflächen, die beim Liegen mit den Gräsern in Berührung kamen. Das Jucken war äußerst stark und stand mit der geringen Intensität des Ausschlags in keinem Verhältnis. Ohne jegliche Therapie heilte die Affektion in wenigen Tagen ab. Nach einiger Zeit nahm ich an derselben Stelle wieder ein Sonnenbad auf der Wiese, nach vorangegangenem Schwimmbad. Am anderen Tage zeigten sich unter heftigem Jucken wieder dieselben Pusteln, die ebenfalls nach 1—2 Tagen ohne Therapie abheilten. Bekannte, die gleichzeitig mit mir dort badeten und auf der Wiese ein Sonnenbad nahmen, blieben beide Male von Ausschlägen frei. Ich hatte jedesmal das Gefühl, daß das Jucken irgendwie mit den Gräsern in Verbindung stand. Daß gerade ich diese Affektion bekam, schrieb ich dem Umstand zu, daß ich in meiner frühesten Jugend häufig unter starkem Ekzem litt. Noch heute bekomme ich nach häufigen Sublimatwaschungen der Hände ab und zu leichtes Ekzem mit gleichzeitigem Auftreten einiger Ekzembläschen in der Schläfengegend, die binnen weniger Tage wieder verschwinden. Es besteht also aller Wahrscheinlichkeit nach bei mir noch eine gewisse Ekzembereitschaft als Überbleibsel aus der Kindheit. Ich glaube, daß sich bei genügender Aufmerksamkeit noch zahlreiche analoge Fälle beobachten lassen und bin überzeugt, daß es sich dabei immer um Leute handelt, die eine Neigung zu Ekzemerkrankungen haben.

Digitized by Google

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung am 12. Juli 1927.

Vorsitzender: Herr *G. Arndt.* Schriftführer: Herr *R. Ledermann.*

Vor der Tagesordnung:

Herr *Richter: Morbus Recklinghausen.*

Dominanter Erbgang. Anamnestisch: Großmutter mit 36 Jahren an Lungenerkrankung gestorben. Nach Angabe des Großvaters ähnlicher Ausschlag wie die Tochter.

Mutter 34 Jahre alt, multiple haselnuß- bis pflaumengroße zum Teil gestielt, zum Teil breitbasig aufsitzende Knoten von weicher Konsistenz, teils bläulich durchscheinend, teils normale Hautoberfläche. Daneben zahlreiche mehr oder weniger ausgedehnte Pigmentflecken.

Kind 7 Jahre alt, zahlreiche Pigmentflecken von Münzen- bis Kleinhandtellergröße über den ganzen Körper, über dem linken Unterarm eine zirka kleinhandtellergroße ovale, etwas erhabene, braungelb verfärbte Geschwulst, von teigiger Konsistenz. Beachtenswert eine Mißbildung des Sternums, die sich röntgenologisch in Gestalt von merkwürdig gegeneinander gestellten vier Fragmenten zeigt.

Tagesordnung:

1. Herr *Langer* (Klinik *Buschke*): *Berlocque-Dermatitis.*

Bei einem jungen Mädchen traten plötzlich Pigmentierungen an beiden Wangen, die sich strichförmig unter das Kinn erstrecken, und in der rechten Schlüsselbeingrube auf. Im Gesicht deutlich die Konturen von drei Fingern erkenntlich, in der Schlüsselbeingrube die Pigmentierung tropfenartig. Es handelt sich um die schon mehrfach nach Waschen mit Eau de Cologne (4711) beobachteten Pigmentierungen dagegen überempfindlicher Personen.

2. *Röntgenulzerationen (drei Fälle).*

a) 59jährige Frau, die 1917 erstmalig wegen einer hühnereigroßen Geschwulst der linken Brust in mehreren Sitzungen bestrahlt wurde. Die Bestrahlungen wurden 1920, 1923 und 1924 wiederholt. Seit Januar 1927 nach anfänglicher Rötung Auftreten einer immer größer werdenden, jetzt zirka kinderfaustgroßen Ulzeration. Gleichzeitig finden sich Atrophie und Teleangiektasien in der linken Schlüsselbeingrube und an der rechten Augenbraue, die durch ungenügendes und fehlendes Abdecken bedingt sind.

b) 29jährige Frau, die zum Zwecke der Kastration vom Rücken aus bestrahlt worden ist, und zwar hat sie vor 6 Jahren in drei Serien je sechs Bestrahlungen erhalten. Es findet sich neben ausgedehnter Atrophie der Haut über dem Rücken eine rechteckige große abheilende Ulzeration direkt über dem Kreuzbein.

c) 59jähriger Mann, der seit seinem fünften Lebensjahre an einem Lupus vor dem linken Ohr leidet, der mehrfach konservativ und operativ behandelt und schließlich 1913 zirka 15mal mit Röntgenstrahlen behandelt wurde. 4—5 Monate danach Auftreten einer Ulzeration in dieser Gegend, die nach 1½ Jahren abheilte. Narbige Schrumpfung der Ohrmuschel blieb zurück. 1918 erneutes Auftreten der Ulzeration und Ausbildung einer Parotisfistel. Exstirpation der Parotis. Seither Ulzeration in fast Handtellergröße und ab und zu vorübergehende Vernarbung. Zur Zeit besteht wieder eine große Ulzerationsfläche, die fast die ganze linke Backe umfaßt und in beginnender Ver-

Digitized by Google

narbung ist. In der Mitte der Ulzerationsfläche taubeneigroßer Granulationstumor, der sich auch histologisch als reine Granulationsgeschwulst erweist.

Nebenher hat Patient vielleicht eine Lues. Von einer Infektion weiß er nichts, nur war 1913 die Wa.R. positiv. Er hat daher 1913 eine Schmierkur gemacht und 1918 insgesamt 50 Salvarsaninjektionen erhalten.

Die Therapie bestand in allen drei Fällen in Bedeckung der Ulzeration mit Detoxinsalbe und Injektion intramuskulär — jeden zweiten Tag von Detoxin 0,2 ccm ansteigend bis zu 2 ccm. Es handelt sich bei dem Detoxin um ein leistungssteigerndes Präparat, das in einer Anzahl von Röntgenverbrennungen gute Dienste geleistet hat. Auch in diesen drei Fällen fand sich eine recht günstige Besserung und Abheilung unter der Detoxinbehandlung. Der Granulationstumor wird mit Elektrokoagulation abgetragen.

Aussprache:

Herr *Chajes:* Bei einem Fall von tertiärer Lues, der weder Spirochäten noch positiven Wassermann zeigte — es handelte sich um eine pfennigstückgroße Ulzeration der rechten Wange — trat nach wochenlanger erfolgloser Behandlung nach fünf Detoxininjektionen Heilung ein. — Später wurde eine spezifische Kur nach Feststellung der Diagnose durch positiven Ausfall der Wa.R. durchgeführt. Jedenfalls dürfte eine klinische Nachprüfung dieser Beobachtung zu empfehlen sein.

Herr *Buschke:* Was die Mitteilung von Herrn Kollegen *Chajes* bezüglich des Einflusses des Detoxin auf ein Gummi betrifft, so ist sie gewiß von Interesse. Allein, da wir ja mit Jodkali und Antisyphiliticis in den meisten Fällen einen Heileffekt hierbei erreichen können, so werden wir uns zunächst an diese Medikationen halten und höchstens in resistenten Fällen allein oder mit den Antisyphiliticis zusammen auf die Detoxinversuchsweise zurückgreifen.

Anders liegt es bei den Röntgengeschwüren. Diese machen ja bekanntlich der Therapie so kolossale Schwierigkeiten, daß wir uns für berechtigt halten, hier mit Detoxin Versuche zu machen; und wir können sagen, daß wir den Eindruck haben, daß die Heilung immerhin vielleicht etwas beschleunigt wurde, so daß man zu einem Versuche raten kann. Da aber auch bei diesen Geschwüren gelegentlich Perioden kommen, wo sie plötzlich mehr Neigung zur Heilung haben, so müssen erst weitere Beobachtungen gesammelt werden, um hier mit Sicherheit behaupten zu können, daß das Detoxin das Ausschlaggebende bei dem günstigen Verlauf ist.

Herr *Jacobi* (Universitäts-Hautklinik): *Boecksches Sarkoid.*

Herr *Buschke* demonstriert: 1. einen Fall von *Acrodermatitis chronica atrophicans.* Es handelt sich um eine 35 Jahre alte Frau, in deren Vorgeschichte sich nichts Besonderes, auf die jetzige Krankheit Bezügliches findet. Vor 2 Monaten bemerkte sie zufällig einige rote Flecken am linken Oberschenkel, vor einem Monat Schmerzen am linken Bein, beim Laufen schwoll der linke Fuß an und wurde blaurot. Seit 14 Tagen bemerkte sie rote Flecken auch am rechten Oberschenkel, Reißen am linken Arm und der linken Hand.

Die Untersuchung ergibt am seitlichen Teil der linken Gesäßgegend, an der Außen- und Hinterfläche des linken Oberschenkels und vereinzelt auch am linken Unterschenkel blaß-rosarote, nur wenig infiltrierte Flecken, die in der linken Malleolargegend in fast handtellergroße Partien typischer Hautatrophie übergehen. Ähnliche rote Flecken finden sich auch an der Vorderfläche des rechten Oberschenkels.

Digitized by Google

Die Sensibilität ergab keine wesentlichen Störungen.

Unter unserer Beobachtung bildeten sich einzelne rote Flecken zurück, neue tauchten in den betreffenden Gebieten und in der gleichen Form wieder auf. Im Bezirk einzelner scheint sich eine Atrophie der Haut anzubahnen.

Eine histologische Untersuchung war nicht möglich. Veränderungen des Kalkstoffwechsels wurden nicht konstatiert; sonstige Störungen nicht mitgeteilt. Es liegt also wohl ein milder und bezüglich der Lokalisation bemerkenswerter Fall von idiopathischer Hautatrophie vor, bei dem die subjektiven nervösen Beschwerden auf das Nervensystem hinweisen.

Fall 2. Eine Frau, welche an der Vorderfläche des Thorax herabreichend bis unter die Mammae und hinauf bis dicht unter die Klavikula eine enorme Zahl ziemlich dicht stehender, wenig prominierender, scharf begrenzter Efflores-zenzen aufweist, von etwa Stecknadelkopfspitz- bis Halblinsengröße, die eine teilweise blaßrötliche, teils bläuliche Färbung zeigen. Bei der Palpation zeigen sie eine mäßig feste Konsistenz. Keine subjektiven Beschwerden. Die Affektion besteht von Jugend auf. Die histologische Untersuchung zeigt, daß es sich um zystische Tumoren handelt, begrenzt von mehrschichtigen Epithellagern, welche im Zentrum abgeplattet allmählich kubisch werden, um in der äußersten Zone zu pallisadenförmig gestellten Zylinderzellen zu werden. In der Zyste kein Inhalt. In dem geringen, uns zu Gebote stehenden Material kein Zusammenhang mit der Oberhaut und den Anhangsgebilden.

Es handelt sich um die zuerst als Hämolymphangioendotheliome, dann als Syringome beschriebene Tumoren, von denen in letzter Zeit *Arzt* festgestellt hat, daß sie sich auch vom Deckepithel aus entwickeln. Die Zellformation (Pallisadenform) läßt in diesem Fall das letztere als wahrscheinlich erscheinen.

Fall 3. Fall von *muskulärer Lokalisation des Sclerodema adultorum.*

46jährige Frau, welche im Januar 1927 eine Halsentzündung anschließend an eine Grippe überstanden hat. Während dieser Erkrankung soll auch eine Schwellung der Schilddrüse bestanden haben, die auf Jodkali und Jodtropon zurückging. Ende Februar Zucken und Krämpfe in den Extremitäten, Gefühl der Spannung in den Armen und im Gesicht. Schwellung an den Unterschenkeln, erst rechts, dann links, 8 Tage später an den Armen, im Gesicht und an anderen Körperstellen.

Bei der Aufnahme hatte die Patientin eine leichte Nephritis. Es fällt mangelnde Mimik des Gesichts auf, doch fehlt das Öligsalbige der postenzephalitischen Zustände. Die Haut im übrigen normal.

Bei der Palpation fühlt man eine tiefliegende, wohl der Muskulatur angehörige Resistenz mit starker Spannung der betreffenden Stellen. Hautfalten sind nur ganz oberflächlich aufhebbar. Die Veränderungen sind an der rechten und linken Körperhälfte nicht gleich stark entwickelt, an den oberen Extremitäten links, an den unteren rechts mehr ausgesprochen. Unter- und Oberschenkel sind stark befallen, weniger stark das Gesäß. Sehr stark und derb ist die paravertebrale Gegend der Lendenwirbelsäule bis zur Höhe der oberen Brustwirbel betroffen. Frei sind die Mammaeregionen. Der Nacken ist mitbeteiligt, die oberen Extremitäten sind gleichfalls von dem Prozeß betroffen, am geringsten die Oberarme und der Schultergürtel, am stärksten die Unterarme. Auch an den Händen am Tenar und Hypotenar dieselben tiefliegenden Resistenzen. Das Allgemeinbefinden war nur wenig gestört, die Schilddrüse nicht verändert, es besteht eine geringgradige Nephritis.

Digitized by Google

Die Diagnose schwankte zwischen Dermatomyositis, für welche aber die Schmerzhaftigkeit und die Allgemeinerscheinungen fehlten, und Trichinosis (es fand sich aber keine Eosinophilie), muskuläre Form der Skleroedemie und Scleroedema adultorum (*Buschke*).

Es wurde eine Probeexzision aus der Armmuskulatur gemacht, welche außer einer Auseinanderdrängung der Muskelfasern durch eine Art Ödem keine Entzündung, keine Trichinose aufwies. Unter Radiogenbädern und Thyreoidin hat sich die Affektion in wenigen Wochen zurückgebildet. Unter diesen Umständen ist sowohl nach der Anammnese, wie nach dem ganzen Verlauf und der schnellen Rückbildung, dem Erfolg der Thyreoidintherapie eine rein *muskuläre Lokalisation des Scleroedema adultorum* anzunehmen, wie sie bisher noch nicht beobachtet wurde. Es wird darauf hingewiesen, daß bei der Sklerodermie solche muskuläre Lokalisationen wohl meist im Zusammenhang mit typischen Hautveränderungen und schließlicher Schrumpfung der Muskulatur beobachtet worden sind, die aber eben einen anderen Verlauf nehmen, als in diesem Falle beobachtet wurde. (Wird ausführlich publiziert.)

Fall 4. Ein 41 Jahre alter Mann, welcher einen ausgedehnten *Lupus erythematodes des Gesichts*, ausgebreitet über die Nase und beide Wangen bis fast an die Ohren aufwies, in dessen Verlauf er mehrfach starke Schwellung und Rötung in den betroffenen Gebieten aufwies mit Fieber. Die Affektion bildete sich unter feuchten Verbänden und Salbentherapie zurück, hinterließ aber im Bereich der Erkrankung eine fast das ganze Gesicht in derselben regelmäßigen und auf beiden Seiten fast photographisch homologen Ausdehnung lokalisierte *völlige Depigmentierung der Haut zurück, an deren Grenze die Haut sehr dunkel pigmentiert ist*, so daß es sich wohl um eine Pigmentverschiebung handelt, wie sie bei dieser Affektion anscheinend selten beobachtet worden ist. Alle Versuche, durch aktinische Therapie das Pigment wieder zu erzeugen, waren bis jetzt erfolglos. Bemerkenswert ist an dem Fall, daß hier ein akuter Fall von Lupus erythematodes mit typischer Lokalisation des chronischen vorlag. Es wurde auch an Erysipel gedacht, daß aber wohl kaum so regelmäßig lokalisiert auftritt. Eine Untersuchung auf Erysipelkokken war negativ, die Allgemeinerscheinungen entsprachen auch nicht dieser Affektion. Auch dann würde aber die Depigmentierung bemerkenswert gewesen sein.

Fall 5. Ein 19jähriges Mädchen, welches eine sehr zarte, aber diffuse Form von *Hyperkeratose beider Handteller und Fußsohlen* aufwies mit *hochgradiger Wachstumsstörung der Nägel*, aller Finger und Zehen, die stark verkürzt sind, so daß etwa das vordere Drittel des Nagelbetts freiliegt, die Nägel verdickt und stark gekrümmt sich erweisen. Gleichzeitig sind ganz symmetrisch *die Augenbrauen defekt insofern, als in den äußeren zwei Dritteln fast keine Haare vorhanden sind, normal dagegen im inneren Drittel.* Ich weise auf analoge Beobachtungen, die wir bei Kindern, welche mit Thallium behandelt wurden, machten und diesbezügliche Beobachtungen von *Rudolf Virchow*. Ob die ganze Mißbildung bei der Patientin vielleicht auf einer intrauterinen toxischen Ursache beruht? Anscheinend ist diese Kombination von Hyperkeratose und Nagelveränderung auch nach der klassischen Darstellung der Nagelkrankheiten *Hellers* im Handbuch sehr selten, Kombination mit Augenbrauendefekt bisher nicht beobachtet.

Aussprache:

Herr *L. Pulvermacher* (zu *Buschke:* Fall von *Hyperkeratose und Nagelveränderungen*). Das Fehlen der Haare in den äußeren zwei Dritteln der Augen-

Digitized by Google

brauen erscheint bei der Patientin auffallend und deutet eventuell auf besondere Verhältnisse im hormonopoetischen System.

Herr *Buschke: Fall 6.* Ein 71 Jahre alter Tischler, welcher in einer Möbelfabrik Möbel aus *Makassarholz* angefertigt hat und eine ausgedehnte *Dermatitis* bekam, die sich in der Abheilung befindet. Auch mehrere andere Arbeiter sollen dort Hauterkrankungen bekommen haben. Eine allergische Prüfung ergab mit einem Extrakt des Holzpulvers keinen positiven Effekt. Der Patient war wohl schon desemilisiert. Das Makassarholz gehört, wie uns von botanischer Seite mitgeteilt wird, zu den Ebenhölzern, bei denen solche Hautreizungen bekannt sind.

Herr *Buschke: Fall 7.* Es wird dann noch die Moulage eines Patienten gezeigt, der im Anschluß an eine Gonorrhöe eine Endokarditis, schwere phlegmonöse Erkrankungen beider Kniegelenke, die zu Ankylose führten, und Erkrankungen in den Zehen- und Fingergelenken acquirierte. Dieser Patient hat seit mehreren Monaten *eine scharf begrenzte symmetrische starke Rötung und geringe Schwellung der Haut an den Zehen beider Füße, etwas auf den Fußrücken und die Fußsohle übergehend, und an beiden Handtellern, ferner die Innenränder beider Füße bedeckend.* An den letzteren schießen ziemlich akut von Zeit zu Zeit typische *gonorrhöische Hyperkeratosen* auf, die nach Bädern und Salbenbehandlung abheilen. Bei der Unklarheit der Entstehungsweise dieser Hyperkeratosen dürfte dieser Fall doch die Möglichkeit diskutabel erscheinen lassen, daß das Primäre eine zentrale Nervenaffektion ist, welche zu Gefäßveränderungen und auf dieser Basis zu den eigentümlichen Hauterscheinungen führt.

Aussprache:

Herr *L. Pulvermacher:* Im Anschluß an *Unna* betonen *Ehrmann* und *Wertheim* für die Ausbildung verruköser Varietäten von Dermatosen (sie berücksichtigen besonders verruköse Formen der Hauttuberkulose), daß durch ungünstige Gefäßversorgung bedingter Mangel an Sauerstoff das entscheidende Moment für die Ausbildung verruköser Abarten sei. Im vorliegenden Fall haben wir nun außerhalb an der Grenze der sichtbaren Gefäßstörungen den Sitz der Hyperkeratose; es wäre daher interessant festzutellen, ob eine arterielle Hyperämie und damit eventuell eine Übereinstimmung mit der oben angegebenen Annahme vorliegt.

Herr *Buschke: Fall 8.* Es wird kurz noch ein Fall von *Impetigo herpetiformis* berichtet bei einer 68 jährigen Frau, die außerdem eine Schrumpfniere hat. Die sehr schwere, mit Fieber und Allgemeinerscheinungen einhergehende Affektion ging von der Inguinalregion über weite Strecken des Rumpfes und der Extremitäten fort und hatte sonst die typischen Eigenschaften der Impetigo herpetiformis Hebrae.

Die Patientin wurde mit 13 *Follikulininjektionen* behandelt, jenem Präparat, welches nach den Angaben von *Zondek* und *Laqueur* das reine Ovarialhormon darstellen soll (nach den Versuchen von *Buschke, Zondek, Bermann* ist es imstande, den durch Thallium sistierten Brunstzyklus der Maus wieder in Gang zu bringen). Unter dieser Therapie bildete sich die Erkrankung zurück, die Kranke ist bis jetzt rezidivfrei geblieben. Der Patientin geht es — soweit das bei ihrem sonstigen Leiden möglich ist — ganz leidlich. Bemerkenswert ist, daß die röntgenologische Untersuchung möglicherweise eine Verkalkung im Gebiet der Hypophyse ergab, wie sie früher bereits von *Tryb* beschrieben wurde. Da gelegentlich schon Spontanheilung beobachtet wurde,

Digitized by Google

wie bei dem Fall, den Kollege *Bruhns* hier vorgestellt hat, wird man aus dieser einzelnen Beobachtung noch nicht mit Sicherheit auf einen Zusammenhang zwischen Heilerfolg und Therapie schließen können. Immerhin ging die Heilung der Schwerkranken unter der Behandlung so schnell vor sich, daß der Fall zu weiteren ähnlichen Versuchen ermutigt, und auch vielleicht bei anderen Dermatosen, bei denen ein Zusammenhang mit den weiblichen Geschlechtsorganen vermutet wird, Pemphigus, Dermatitis dysmenorrhica versucht werden könnte.

Wir haben in einem anderen Fall von *Pemphigus* bei einer Patientin, welcher der Uterus exstirpiert war, allerdings zu kurze Zeit, Follikulin ohne Erfolg gegeben. In diesem Fall ging unter *Plasmochin*, wie in einem früher von uns mitgeteilten Fall, die Attacke jedenfalls zurück; die Patientin ist bisher gesund weggeblieben.

Aussprache:

Herr *L. Pulvermacher:* Der vorgestellte Fall von Impetigo herpetiformis erscheint als ein Beispiel von Wirksamkeit der inkretorischen Therapie für das Problem von Bedeutung; allerdings darf man wohl trotz des Effektes des Eierstockpräparats in den Keimdrüsen nicht den entscheidenden Faktor des Krankheitsbildes sehen, sondern mehr einen auslösenden, dessen Ausschaltung das Krankheitsbild schwinden läßt; Störungen in der Keimdrüseninkretion wirken sich in dem gesamten hormonpoetischen System aus; wir sehen aber das Krankheitsbild auch in Perioden mangelnder Funktion der Keimdrüsen, so wie bei Männern. Konstitutionell zur Insuffizienz neigende Epithelkörperchen können versagen, wenn an sie besondere Anforderungen infolge einer Störung im hormonpoetischen System, die nicht nur von den Keimdrüsen auszugehen braucht, gestellt werden. Epithelkörpercheninsuffizienz scheint in dem Mittelpunkt der Pathogenese des Krankheitsbildes der Impetigo herpetiformis zu stehen. Hingewiesen sei auf die autoptischen Befunde *Schardorns*, *Kyrles*, *Bettmanns* (s. auch *Kapferer* und *Kolisch*); Tetanie sah Wagner bei Impetigo herpetiformis. Es scheint mir berechtigt, die Impetigo herpetiformis zu den allergischen Dermatosen zu zählen. Das Allergen kann infolge mangelnder Entgiftungsfähigkeit der Epithelkörperchen entstehen, wobei besonders auf die Bedeutung dieser für Darmentgiftung hinzuweisen ist *(Duckworth)*, und auf die Korrelation zur Thyreoidea.

Herr *Buschke:* Ich möchte Herrn Kollegen *Pulvermacher* insofern recht geben, als aus der eventuellen Follikulinwirkung natürlich nicht mit Sicherheit geschlossen werden kann, daß der Angriffspunkt bei dieser Krankheit in den Genitalien liegen muß. Denn bei dem innigen Zusammenhang des ganzen endokrinen Ringes auch mit dem Sympathicus ist wohl die Vorstellung berechtigt, daß die Zuführung eines Hormons nicht nur auf die zuständige Drüse, sondern auch auf andere im Ringe wirken kann. Allerdings sind, was die Epithelkörperchen betrifft, deren Ausfallwirkungen - ich weise auf die Experimente von *Erdheim* und auf unsere Thalliumversuche hin — doch vielfach so different von den klinischen Erscheinungen der Impetigo herpetiformis, daß es mir trotz der in der Literatur niedergelegten Befunde über Tetanie zweifelhaft erscheint, ob hier der Hauptherd nicht doch in den Genitalien, vielleicht auch in der Hypophyse zu suchen ist. Indes bei der geringen Kenntnis, die wir überhaupt auch jetzt noch über alle endokrinen Störungen im Zusammenhang mit Hautaffektionen haben, möchte ich mich auf irgendwelche Hypothese in diesem Gebiet nicht festlegen und zufrieden

Digitized by Google

sein, wenn wir wirklich mit der von uns versuchten Therapie Erfolge erzielen können.

Herr *Buschke: Fall 9.* Von dem in der Maisitzung gezeigten Patient, welcher eine möglicherweise der *Anetodermie* anzugliedernde Affektion hat, vielleicht auch *Akromikrie*, werden *Röntgenbilder* demonstriert, die zeigen, daß im großen Teil des *Knochensystems Kalkauflösung* in *Fleckform* sich findet. (Wird ausführlich publiziert.)

Aussprache:

Herr *L. Pulvermacher:* Das von *Brugsch* gewürdigte Symptom der *Akromikrie* in Abhängigkeit von Hypophysenstörung scheint mir hier nicht vorzuliegen; eher möchte ich daran denken, daß die kleinwüchsige Person (genotypisch) besonders kleine, sonst keinerlei Veränderung aufweisende Hände hat. (Anders lagen die Verhältnisse im Fall *Brugsch*, wo an der Hand Gefäßerkrankungen vorlagen und Nagelstörungen bestanden.)

Herr *E. Klopstock* (Klinik *Buschke*): *Morbus Recklinghausen* (Mann), ausgeprägter Fall; zeigt neben den vier Kardinalsymptomen zwei Riesentumoren. Röntgenologisch eine starke Verbreiterung der Corticalis sämtlicher Knochen, besonders auch der Hinterlehne der Sella turrica. Neurologisch doppelseitiger Babinski, der vielleicht durch Druck der Wirbelcorticalis auf die Pyramidenbahnen erklärt werden kann. Psyche, Augenhintergrund frei.

Bromoderma tuberosum (Mann), nahm längere Zeit Mixt. nervina. In 8 Tagen entwickelte sich eine rhinophymähnliche Schwellung der Nase. Nach Absetzen von Brom Rückgang. Zur Entwicklung des Bromoderms war eine Sensibilisierungsperiode erforderlich.

Herr *Joseph (Klinik Buschke): Folliculitis et Perifolliculitis abscedens et suffodiens (E. Hoffmann).*

Der 42 jährige Patient litt seit dem 10. Lebensjahr an Comedonen, die nach dem 16. Lebensjahr allmählich schwanden, während der Militärdienstzeit an Furunkulose des Halses und Kopfes. Das jetzige Leiden begann vor 10 Jahren mit einer Schwellung auf dem behaarten Kopf, die bei Inzision Eiter entleerte; in der Folgezeit traten weitere Herde auf, die der Patient mit Umschlägen behandelte und nach Erweichen ausdrückte. Seit 7 Monaten Verschlimmerung mit zahlreichen, äußerst schmerzhaften knotigen Schwellungen, die Eiter absonderten. Bisher erfolglos mit Einspritzungen von Opsonogen und Terpichin sowie Röntgenbestrahlungen behandelt worden. — Die Kopfhaut zeigt zahlreiche, teils runde, meist aber wulstartige Knoten von derbteigiger Konsistenz, einige davon Eiter entleerend; am Hinterkopf zusammenfließende, wulstige Infiltrate, nach dem Nacken zu diffuse Infiltration. Daselbst trichterförmig erweiterte Follikel und große, zum Teil Doppelkomedonen, gleichartige Veränderungen auch an der Gesichtshaut. — Aus dem Eiter ließ sich Staph. albus züchten, Kulturversuche auf Pilznährböden ergebnislos. Die seitherige klinische Behandlung mit desinfizierenden Umschlägen und Salben, Inzisionen, Röntgenbestrahlungen, Eigenvakzine, Eigenblutinjektionen hat noch keine wesentliche Besserung herbeigeführt.

2. *Folliculitis decalvans.*

54 jähriger Mann, bei dem die Erkrankung sich seit 5 Monaten entwickelt hatte. Zahlreichste atrophische Narben auf der Kopfhaut, dazwischen pustulöse Follikulitiden, stellenweise keloidartige Verdickung der Kopfschwarte. Folliculitis der Bartgegend. Züchtung ergab gelbe Staphylokokken. Die ähn-

Digitized by Google

lich wie im vorigen Fall durchgeführte Therapie hat die Neubildung von Pusteln nicht verhüten können.

Aussprache:

Herr *O. Rosenthal:* Schon *Kaposi* hat in späteren Jahren derartige Fälle als akneiforme Dermatitis capillitii abgesondert. Therapeutisch scheint mir ein Versuch mit der von *Spiethoff* empfohlenen parenteralen Alkoholtherapie gerechtfertigt.

Herr *Buschke:* Ich möchte auch der Meinung sein, daß das Aknekeloid mit den vorgestellten Fällen von Folliculitis decalvans und Akne suffodiens, die Herr *Joseph* von unserer Abteilung demonstriert hat, nichts zu tun hat. Sowohl die histologischen Veränderungen (plasmareiches Granulationsgewebe mit Riesenzellen und *Russel*schen Körperchen beim Aknekeloid, vgl. die schöne Arbeit von Herrn *Ledermann*), wie auch die Lokalisation im Nacken und die klinischen Erscheinungen sind ganz andere, wie bei den vorgestellten Fällen. Was die Beziehungen dieser Affektion zur Akne betrifft, so ist das Primäre natürlich die Follikelerkrankung, die, wie wir glauben, bei der Akne einen innigen Zusammenhang mit dem Genitalsystem und mit Follikelsekretionsanomalien hat (vgl. die Arbeiten von *Buschke* und *Fränkel*, von *Fischer, Köln* u. a.), und daß die Infektion, die wir bei diesen Prozessen finden, wohl sekundär ist, die sich im Verlauf schwererer Formen hinzugesellt. Bei der Akne dürfte hauptsächlich das erstere Moment im Vordergrund stehen, bei den vorgestellten Affektionen das letztere. Hervorgehoben sei die Hartnäckigkeit der Affektionen und ihre schwere therapeutische Beeinflußbarkeit, die uns bei der Akne suffodiens wohl zu einer radikalen chirurgischen Therapie zwingen wird. Wie wir diese Affektionen nennen, ist wohl ziemlich irrelevant, wenn wir nur wissen, was unter der Bezeichnung zu verstehen ist.

Frl. *Kaete Jaffé* (Universitäts-Hautklinik): Fall von *Mycosis fungoides*.

54jährige Patientin. Erste Hauterscheinungen begannen vor 8 Jahren zu Beginn des Klimakteriums. Erst seit einem Jahre stärkere Infiltrationen. Auffallend ist, daß Juckreiz weder den Hauterscheinungen voranging, noch während der Erkrankung in nennenswertem Maße besteht. Man sieht große rundliche und ovale und halbring- bzw. hufeisenförmig-flach erhabene, braunrote Infiltrate mit glatter, teilweise auch schuppender Oberfläche. Daneben sieht man Herde, die an ein nummuläres Ekzem erinnern, nur sind sie trockener und schärfer begrenzt. Stellenweise an Trichophytie erinnernde große Herde mit erhabenem Saum, der mit Bläschen und Krusten bedeckt war. Dazwischen Pigmentierungen, Depigmentierungen, Atrophien, nirgends Narben. Eigentliche Geschwülste nur an Achselhöhle, Unterschenkel, Kleinfingerballen. Diese haben flache, ulzerierte Oberflächen. Innere Organe normal. Besonderer Wert wurde gelegt auf Untersuchung der Lungen, da hier der Sitz mykotischer Veränderungen — sogar primärer — beschrieben worden ist. Klinische Untersuchung und Röntgenplatte ergaben nichts pathologisches an Lungen.

Drüsen nur in den Leistenbeugen etwas vergrößert.

Histologischer Befund entspricht Mycosis fungoides.

Tierversuch negativ. (Meerschweinchen vor 2 Monaten intraperitoneal Stück eines Infiltrates verimpft.)

Blutbild normal.

Arsen ohne Einfluß.

Auf Röntgenbestrahlung ging der Prozeß verhältnismäßig wenig zurück.

Digitized by Google

Aussprache:

Herr *Arndt.*

Herr *Schwarzkopf* (Universitäts-Hautklinik): *Basalzellenkarzinom.*

Herr *Löhe:* 17jährige Patientin mit Lupus erythematodes, der mit fleckförmigen Herden unter beiden Augen vor einem Jahr begann, nach vorübergehender Besserung durch Salbenbehandlung, im April 1927 sich verschlimmerte und dabei über das ganze Gesicht, Hals und Stamm sich ausbreitete. —

Vor 14 Tagen bekam die Patientin durch ihren Arzt eine Injektion von Triphal 0,025 ($^1/_{10}$ der üblichen Ampulle); 2 Tage später trat eine universelle Dermatitis ein, die nach Aufnahme der Patientin auf meine Abteilung sich noch von Tag zu Tag verstärkte.

Die Haut des Gesichts, der Brust, des Rückens war dunkelblau bis tiefbraun verfärbt, geschwollen, über große Bezirke hin infiltriert und mit feinen lamellösen Schüppchen bedeckt. Am Halse, den Armen, besonders an den Unterschenkeln zahllose Hämorrhagien. — Auf Zunge und Wangenschleimhaut finden sich eine Anzahl von zackig begrenzten, von rotem Saum umgebenen Herden von Lupus erythematodes, die seit Frühjahr dieses Jahres bestehen.

Nach Mitteilung des behandelnden Arztes leidet die Patientin seit mehreren Jahren an einer Nephritis, die aber — anscheinend mit der Dermatitis — eine Verschlimmerung erfahren hat. Bei einer normalen Tagesausscheidung von Urin beträgt der Albumengehalt 4—7‰. Das Sediment enthält Leukozyten, Epithelien, granulierte Zylinder und vereinzelte Erythrozyten. Der Reststickstoff beträgt 21; Blutdruck und Blutbild sind normal.

Soweit ich in der Literatur sehen konnte, ist dies der erste Fall einer universellen Dermatitis nach Triphal-Injektionen.

Zweifelsohne ist die verabfolgte Dosis keine zu hohe; jedoch würde es sich nach meinen Erfahrungen empfehlen, die Anfangsdosis noch kleiner zu wählen. Ich habe sieben Fälle von Lupus erythematodes mit Triphal behandelt, gute Erfolge erzielt, obwohl ich mit Dosen von 0,0005 angefangen, dann 0,001, 0,005 und zum Schluß 0,01 gegeben habe.

Herr *Gottron* (Universitäts-Hautklinik): *Purpura Majocchi.* (Demonstration.)

Dieser 40jährige Patient ist von mir bereits vor etwa 2 Jahren hier demonstriert worden. Zwei Tatsachen sind es, die mich veranlassen, den Kranken heute erneut hier vorzustellen, einmal die große Ausdehnung, die die Purpura Majocchi zurzeit aufweist, dann die bei diesem Fall in ausgeprägtem Maße zutage tretenden Beziehungen zwischen Purpura Majocchi und Polyglobulie.

Ausgedehnte Teile der Hautdecke sind zurzeit Sitz einer typischen Purpura Majocchi. In dichter Aussaat findet sich die Purpura im Bereich der unteren Extremitäten, in etwas lichterer Zerstreuung ist die Purpura am Stamm und nur in beschränktem Umfang im Bereich der oberen Extremitäten vorhanden. Zunächst lokalisierte sich die Purpura nur an den unteren Extremitäten, um von hier aus sich allmählich nach obenzu auszubreiten. Während im Verlauf früherer Beobachtungen nur die unteren Extremitäten und der Stamm befallen waren, sind jetzt zum erstenmal die oberen Extremitäten mitergriffen.

Digitized by Google

Wiederholt wurde der Kranke während der jetzt fast vierjährigen Beobachtungsdauer hämatologisch untersucht. Stets ließ sich eine über die Norm erhöhte Zahl der roten Blutkörperchen feststellen, die zeitweilig Steigerungen auf acht und neun Millionen aufwies. Diese dauernd vorhandene Erhöhung der Zahl der roten Blutkörperchen in Verbindung mit einem erhöhten Blutdruck läßt wohl keinen Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose einer essentiellen Polyglobulie aufkommen. Es handelt sich demnach um eine Polyglobulia hypertonica vom Geisböckschen Typus.

Besonders bemerkenswert ist der wellenartige Verlauf, den die Erkrankung dieses Patienten darbietet. In unregelmäßig auftretenden Perioden wies die Krankheit Steigerungen ihrer Symptome auf, und nur bei Vorhandensein einer derartigen Krankheitssteigerung trat bei dem Kranken ein Krankheitsgefühl auf. Subjektiv hatte dann der Kranke unter nach dem Kopf zu aufsteigenden Wallungen, unter Schwindelgefühl und unter krampfartigen Schmerzen im Bereich der Extremitäten und des Herzens zu leiden. Diese Beschwerden waren so heftig, daß sie Arbeitsunfähigkeit bedingten. Nachdem nun ein derartiger Anfall mehrere Tage bestanden hatte, trat die Purpura in Erscheinung. Hatte diese eine gewisse Ausdehnung angenommen, so fühlte sich der Kranke erleichtert und wieder arbeitsfähig. Nicht immer kam es im Verlauf eines derartigen Anfalls zur Entwicklung einer Purpura, und zwar meist dann nicht, wenn sich der Kranke zur Erleichterung seiner Beschwerden einen Aderlaß, den wir ihm angeraten hatten, machen ließ. Bei Beginn der unfallartigen Steigerungen war ein Ansteigen der Zahl der roten Blutkörperchen und des Blutdrucks vorhanden, Symptome, die mit fortschreitender Ausbreitung der Purpura wieder schwächer ausgeprägt zutage taten.

Zusammenfassend läßt sich also sagen, daß die hier vorliegende Purpura Majocchi in einwandfreier Weise Beziehungen zur Polyglobulie erkennen läßt. Man darf demnach meines Erachtens mit Recht in der Polyglobulie eine wesentliche Bedingung für das Zustandekommen der Purpura Majocchi erblicken. Diese Auffassung wird gestützt durch zahlreiche Beobachtungen, die wir im Laufe der letzten Jahre machen konnten.

Herr *Fischel:* Fall zur *Diagnose.*

Der Fall, den ich Ihnen hier vorstelle, ist, seitdem ich ihn zur Demonstration angemeldet habe, soweit abgeheilt, daß ich Ihnen leider nur noch die geringen Residuen der Affektion zeigen kann. Da die Diagnose jedoch nicht eindeutig ist, bitte ich, mir freundlichst Ihre Ansicht darüber mitzuteilen. Es handelt sich um einen kräftig gebauten 59jährigen Mann, bei dem die in Rede stehende Affektion sich vor etwa 12 Jahren, seinen Angaben nach, zum ersten Male zeigte. Seitdem tritt sie in größeren Intervallen immer wieder, und zwar in gleicher Weise auf. Es erscheint an irgendeiner Stelle des Rumpfes ein Erythem von Zehnpfennigstück- bis Kleinhandtellergröße, meist in ovaler Form. In der Mitte dieses erythematösen Fleckes bildet sich nach einigen Tagen eine blasige Vorwölbung von zirzinärer Form, die entweder sehr bald zu einem Schorf eintrocknet oder aber platzt, wobei eine leicht granulierende Wundfläche sichtbar wird. Niemals erstreckt sich die Blasenbildung über die ganze Fläche des Erythems. Es liegt ja nun nahe, die Affektion als Dermatitis herpetiformis Duhring anzusehen. Aber dagegen muß ich doch einwenden, daß mehrere Symptome hiergegen sprechen. Erstens zeigt sich bei jedem Anfall immer nur ein einzelner Fleck, niemals mehrere gleichzeitig. Ferner fehlt jegliche Polymorphie. Und endlich gibt Patient ganz präzise an, daß

Digitized by Google

absolut keine Spur von Jucken oder Brennen vorhanden ist, eine Erscheinung, die doch gerade für die Duhringsche Krankheit besonders charakteristisch ist. Patient bemerkt sogar oft, wie er sagt, die neue Eruption nur dadurch, daß er irgendwo am Rücken oder an der Brust einen Schorf entdeckt, von dessen Entstehung er nichts gefühlt hat; d. h. also, wenn der Anfall schon abgelaufen und die Symptome in der Rückbildung begriffen sind.

An den Stellen, wo ein solcher Prozeß gespielt hat, bleibt ein Pigmentfleck in Größe des ursprünglichen Erythems zurück; an ganz vereinzelten Stellen sieht man Depigmentationen.

Vielleicht sprechen als ätiologisches Moment auch in diesem Falle endokrine Störungen mit. Patient ist Diabetiker; er hat zurzeit 2,8% Harnzucker. Außerdem besteht eine geringe Vermehrung der eosinophilen Zellen im Blute.

Aussprache:

Herr *E. Saalfeld* fragt, ob Patient Insulin erhalten hat (Nein!), und ob der Blutzucker untersucht worden ist.

Herr *Ostwald: Acanthosis nigricans.*

Es handelt sich um eine 44jährige Portiersfrau, die seit etwa 2 Jahren Magenbeschwerden hatte und am 24. Februar d. Js. wegen Verdacht auf Magenkarzinom operiert wurde. Die Operation ergab ein inoperables Karzinom am Pylorus mit Infiltration der ganzen kleinen Kurvatur und eines großen Teiles der Magenvorderwand, etwa pfirsichgroße Metastase an der großen Kurvatur und im großen Netz. Zirka 2 Monate nach der Operation klagte die Patientin über starkes Jucken und Kribbeln im Rücken. Anfang Juni d. Js. zeigte sich eine zunehmende Warzenbildung, auf die sie den sie behandelnden Internisten aufmerksam machte. Ihm fiel bei der Untersuchung neben der Warzenbildung eine Vergröberung der Hautstruktur auf, die sich gürtelförmig um den Leib der Patientin zog. Leichte Grade dieses Befundes hatte der Kollege schon kurz vor der Operation beobachtet.

Sie sehen eine blasse, mittelgroße Patientin in schlechtem Ernährungszustand. Auf dem ganzen Körper finden sich zahlreiche warzenähnliche Gebilde, die mehr oder weniger breit oder gestielt aufsitzen und zum Teil das Ansehen von Cornua cutanea haben. Das Gesicht ist leicht bräunlich verfärbt zeigt zahlreiche Wärzchen und einige Pigmentflecke nach Art der Lentigines. Die Verfärbung der Haut, die auch an anderen Körperstellen zu beobachten ist, spielt vom Fahlgelb, Gelbbraun bis ins Schwarzbraun hinüber. Besonders stark zeigen sich diese Hyperpigmentationen, die zum Teil mit Verdickungen der Haut einhergehen, an der Nacken-Halspartie, in den Achselhöhlen, unter der Mammae, in der Nabelgegend, in allen Gelenkbeugen und vor allem an dem Genitale und Anus. Die Haut sieht gefeldert aus, rauh-lederartig wie lichenifiziert, zeigt Leisten- und Furchensystem und fühlt sich beim Betasten reibeisenähnlich an. Sie ist an den besonders stark befallenen Partien feucht und etwas mazeriert. Die weniger befallene, aber stark juckende Rückenhaut ist lederartig, wie gegerbt. Die Übergangspartie des äußeren Lippenrotes in die Schleimhaut ist von grießkornartiger Beschaffenheit. Es finden sich hier und auf dem Zahnfleisch ebenfalls verruköse Bildungen. Die Zunge zeigt tiefgehende Furchen, warzenförmige Beschaffenheit mit kleinen höckrigen Erhebungen. Die Wangenschleimhaut ist bläulich-weiß verfärbt. Die Genitalschleimhaut fühlt sich ebenfalls etwas körnig an. Auf der

Digitized by Google

linken Vaginalwand fühlt und sieht man eine zystenartige Erhebung von etwa Kirschkerngröße.

Der Blutdruck der Patientin ist 90/65 m/m Quecksilber. Die serologische Untersuchung auf L. war negativ, der Pirquet schwach positiv. Der Harnbefund ergab Albumen +; sonst keine Besonderheiten. Der Blutstatus ergab eine deutliche Linksverschiebung des Blutbildes. Bei der Untersuchung des Augenhintergrundes sah man auf beiden Augen eine atrophische Netzhaut, sowie zahlreiche Pigmentdegenerationen und -verschiebungen. Auf dem linken Augenhintergrunde machten diese Veränderungen den Eindruck von leicht prominenten Herden mit dazwischenliegenden Tälern.

Interessant ist der Fall

1. deswegen, weil sich die Veränderungen der Haut mit außerordentlicher Schnelligkeit innerhalb von 2—3 Monaten entwickelt haben;

2. aber, weil nicht nur die Haut und die Schleimhäute befallen sind, sondern sich auch im Augenhintergrund Veränderungen im Sinne der Akanthosis nigricans beobachten lassen. Soweit ich in der kurzen Zeit die Literatur durchsehen konnte, sind derartige Veränderungen des Augenhintergrundes bei dieser Erkrankung bisher nicht beschrieben.

Wenn auch im allgemeinen bei diesen Erkrankungen in nur wenigen Fällen der Nachweis einwandfrei geführt werden kann, daß es sich neben einer Tumorbildung auch um innersekretorische Störungen, besonders vom Nebennierensystem ausgehend, handelt, so glaube ich doch, aus dem auffallend niedrigen Blutdruck in meinem Fall auf eine Beteiligung der Nebenniere oder des Plexus Solaris schließen zu können.

Es sind über diesen Punkt noch Untersuchungen im Gange, über die ich eventuell später berichten werde.

Aussprache:

Herr *L. Pulvermacher.*

Herr *R. Ledermann* stellt zwei Fälle zur Diagnose vor.

Fall 1: Der 46 jährige Kranke, welcher bereits als Kind an flexuralen Ekzemen gelitten zu haben angibt, erkrankte vor 2½ Jahren an einem trockenen rissigen Hautausschlag der Hände. Es soll sich dann später ein brauner Fleck am rechten Oberschenkel gebildet haben. Dann trat ziemlich plötzlich die Verbreitung des Ausschlages unter starkem Jucken und Schweißausbrüchen über den ganzen Körper auf. Die Farbe des Ausschlages war zuerst hellbraun und wurde allmählich immer dunkler.

Vor 2 Monaten, als Patient in meine Klinik aufgenommen wurde, bot sich folgendes Krankheitsbild: Die Haut des Gesichtes und Kopfes, sowie der angrenzenden Halspartien stark verdickt, lichenifiziert und mit Rissen und Borken bedeckt. Am Rumpf ist über Brust und Bauch die Haut dunkel pigmentiert und mit follikulären, spitzen und schüppchenbedeckten Knötchen dicht besät. Am Rande finden sich auch diese bräunlich-roten Knötchen isoliert auf stark infiltrierter Haut. Am Rücken sieht man große abgegrenzte Herde, welche im wesentlichen aus diesen lichenoiden Knötchen zusammengesetzt sind. Die Haut der Ober- und Unterschenkel ist gleichfalls stark verdickt, dunkelpigmentiert und mit mehr lividen flachen polygonalen, dem Lichen planus ähnlichen Knötchen übersät. Die Haut der Arme ist stark verdickt und zeigt besonders in den Gelenkbeugen tiefe, schmerz-

Digitized by Google

hafte Risse, so daß die Arme nicht gestreckt werden können. An vielen Stellen, so besonders am Hals, den Gelenkbeugen finden sich größere depigmentierte Herde, wie man sie bei Lichen chronicus des öfteren sieht. Die Haut am Bauche zeigt eine feuchte Ausscheidung. Das Blutbild ist normal, die WaR. negativ, Urin frei von Eiweiß und Zucker. Es besteht starkes Jucken und Schlaflosigkeit. In der Wangenschleimhaut nahe am rechten Mundwinkel weißlicher flacher Herd. Unter der eingeleiteten Behandlung mit Einspritzungen von Natrium arsenicosum und Einfettungen mit Salizylvaselin in Verbindung mit Teerbädern ist eine auffallende Verbesserung eingetreten. Die Knötchen werden flacher, die Infiltration geht zurück, das Jucken ist verschwunden und das Allgemeinbefinden erheblich gebessert. Die im Laufe der Behandlung vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergibt wenig Charakteristisches, leichte Parakeratose und Akanthose, Hornpfröpfe an den Follikelöffnungen, geringes kutanes Infiltrat von Leukozyten um die Gefäße herum. Das elastische Fasernetz normal. Diagnostisch kämen in Betracht Lichen ruber acuminatus et planus, Lichen chronicus simplex universalis. Für letzte Diagnose würde die starke Lichenifikation der Haut, die zahlreichen depigmentierten Herde sprechen. Pityriasis rubra pilaris Devergie kann wohl ausgeschieden werden, da die charakteristischen Veränderungen im Gesicht und an den Händen fehlen. Die im Munde vorhandenen Erscheinungen können auch im Sinne von leukoplakischen Herden gedeutet werden, zumal Patient stark Tabak kaut. Mit Schmierölen ist Patient in dem letzten Jahrzehnt nicht mehr in Berührung gekommen.

Fall 2: Mann mit einem aus Lichen planus ähnlichen Knötchen netzartig zusammengesetzten Ausschlag der Beugeseiten beider Vorderarme, der im Rückgang begriffen ist. Auf dem Nasenrücken beiderseits dunkle Pigmentierung und Residuen von Lichen planus ähnlichen Knötchen; in der Wangen- und Mundschleimhaut links ein weißlicher, an Lichen ruber erinnernder Herd.

Aussprache:

Herr *Arndt.*

Herr *J. Heller:* Nagelveränderungen an beiden Daumen. (Erscheint als Originalartikel in der Derm. Zeitschrift.)

Herr *Bruhns:* 1. Fall von *Ectopia vesicae* dritten Grades. Die ganze vordere Blasenwand fehlt, die Harnröhre liegt gespalten zutage. Man sieht deutlich das Caput gallinaginis und die Öffnungen der Ductus ejaculatorii. Eine Prostata ist bei Rectaluntersuchung nicht fühlbar.

2. Fall von *ungewöhnlichen Pigmentationen am Unterschenkel,* die nicht zum varikösen Symptomenkomplex gehören (Schamberg? endokrine Veränderungen?). Ausführliche Veröffentlichung folgt an anderer Stelle.

Digitized by Google

Royal Society of Medicine. Section of Dermatology.

Tagung vom 21. Oktober 1926 unter Vorsitz von *Sequeira*.

The B. j. o. D. a. S. 1927, 2.

Dowling: Zwei Fälle. Einmal syphilitische Fleckenatrophie. Der Fall im gleichen Heft gesondert veröffentlicht, kommt in besonderem Referat (Ref.). Der andere Fall betrifft den zusammenfließenden Typ von Lichen nitidus. Elementarläsionen bei 28 jähriger Frau über verschiedene Körperteile. Zusammengeflossene Stellen an Knien und Ellbogen zeigen charakteristische Dreiecksform mit Spitze nach unten, was bezeichnend sein soll.

Davis: Zwei Fälle von Pigmentierung. Der erste ist eine Argyrie bei einer Dame infolge langfortgesetzter Einnahme von Silbernitratpillen vor 20 Jahren. Pigment trat erst nach damaligem Aussetzen der Pillen ein und blieb bis heute unverändert. *V.* berichtet weiter über einen Argyriefall infolge 6 Wochen lang fortgesetzter Spülung der Vagina mit Protargol. Die Ätiologie des zweiten Falles unbekannt, er ähnelt einer Poikilodermia pigmentata reticulata, aber ohne Atrophie. Vielleicht Artefakt.

Weber: Erneute Vorstellung einer *Recklinghausen*schen Krankheit, die schon 1905 als „Forme fruste" gezeigt wurde. Der Fall zeichnet sich aus durch mehrere sehr ausgedehnte flache, kissenartige Tumoren des subkutanen Gewebes am linken Zeigefinger und über rechter Hüfte. Blutdruck 120. Innere Organe gesund. 1905 sah man nur Pigmentierung am oberen Rücken und Hals. Daneben besteht zur Zeit noch Xanthelasma palpebrarum auf erblicher Grundlage.

Weber: Pigmentierung des Oberschenkels bei einer 47 jährigen Jüdin, die an Varizen leidet, zugleich so etwas wie multiples hämorrhagisches Pigmentsarkom (Kaposi). Das Pigment kann aber auch die Folge der Varizen sein. Auch die Knoten lassen sich als Lichen obtusus corneus auffassen. *Gray* habe sich auf Grund der Mikroskopie für Lichen planus entschieden. Hutchinson habe gleiche Knoten vom Aussehen des Kaposi als bei gichtischen plethorischen Personen vorkommennd beschrieben. Wa.R. negativ. Solle man röntgen?

Barber: Lichen spinulosus. Bei 12 jährigem Jungen seit 10 Wochen Ausbreitung fast über ganzen Körper. Einzelläsion zeigt sich als follikuläre Papel mit vorragendem Hornstachel. Teilweise kreisförmige Gruppen wie bei Lichen scrophulosorum. Dieser Fall soll den von *Peyri Rocamora* (Spanien) als „Epidemische Keratosis follicularis" 1922 veröffentlichten gleichen. Er fand damals in Läsionen Staphylococcus albus. Auch *Brook* veröffentlichte ähnliche Fälle als „Keratosis follicularis contagiosa", ähnliche infektiöse auch *Little*. Weiter sei auf die Verwandtschaft von Lichen spinulosus zur Folliculitis decalvans hinzuweisen und auf die Verwandtschaft beider zum Lichen plano-pilaris. Auch *Rocamora* habe isolierte hornige perifollikuläre Papeln des Kopfes in seinen Fällen gefunden, aber ohne Alopezia und Atrophie der Haarfollikel, und in einem Falle sogar einen kleinen Alopeziafleck.

Little: Knotige Lepra mit Besserung. Der Fall wurde Mai 1926 schon einmal vorgestellt als fudroyant ausgebrochene, äußerst akute Lepra, die anfangs den Eindruck einer Urtikaria machte. Der Fall wurde damals als hoffnungslos angesehen. Inzwischen ist aber unter Dr. *Hassons* neuer Behandlung eine merkwürdige Besserung eingetreten, die wie Heilung anmutet. Nirgends sind jetzt noch Leprabazillen zu finden, auch nicht mehr in den

Digitized by Google

Blasen nach künstlicher Gefrierung des früher leprösen Gewebes. *Hasson* setzt sein Verfahren auseinander: Die Bazillen vom Inhalt der mit CO_2 auf anästhetischen Flächen erzeugten künstlichen Blasen werden nach Zentrifuge mit Petroläther ausgewaschen. 5 Milliarden Bazillen werden dann zu 2 ccm Normalsalzlösung hinzugesetzt, weiter kommen noch dazu 15 Milliarden von Baz. pyocyaneus. Alle Wochen wurden zwei intravenöse oder subkutane Injektionen gegeben, diese etwa im Verhältnis 2:1. Hier im ganzen 53. Auf Injektion folgt reaktives starkes Fieber mit schneller Besserung des Hautstatus. *Hasson* will bislang 45 Fälle geheilt haben. *Sequeira* beglückwünscht ihn zu seinen Erfolgen.

Little: Glossitis migrans mit bislang unbekanntem Kokkus. Der von Dyson gezüchtete Kokkus wächst anaërob.

Little: Fall von tuberkulöser (?) Ansteckung nach Haarelektrolyse. Ausbruch 2 Jahre nachher. Rote Papeln wie bei Rosacea. Dieser Zusammenhang bislang unbekannt.

Mac Cormac: Traumatische Alopezie. Läsion auf Scheitel wie Tonsur. Haut dort leicht lichenifiziert. Ursache ist gewohnheitsmäßiges Lasttragen auf Kopf. Der Mann ist Dienstmann.

Gray: Leishmaniasis: Seit 6 Monaten hat sich bei indischem Studenten aus einer kleinen Pustel je an linker Hand und linkem Knie jetzt je ein rötlicher infiltrierter Fleck von 5:7 cm Durchmesser mit kleiner Kruste im Zentrum gebildet unter der Ulkus. Leishman-Donavan-Körperchen reichlich gefunden. Im Blut keine Protozoen. Blut: Hämoglobin 90%, Weiße 6000, Polym. Neutrophile 43%, Lymphoz. 31%, Große Einkernige 8%, Eosinophile 17,5%. *Siegfried*, Aachen.

Tagung vom 18. November 1926. Vorsitz: *Sequeira*. The B. j. o. D. a. S. 1927, 4.

Gray: Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta. Der Fall wird in einer der kommenden Nummern obigen Journals vollständig veröffentlicht werden. *Dore* will wissen, ob Hämorrhagie ein wesentliches Kriterium des Leidens sei. Er denkt mehr an Purpura annularis telangiectodes Majocchi wegen Kapillarerweiterung, Blutungen in Haut und späterer Atrophie. *Sequeira* hat nichts Ähnliches gesehen. *Barber* scheinen die Frühläsionen eher Windpocken zu gleichen, sicher liege ein filterpassierendes Virus vor. *Gray* erscheint (in Erwiderung) die Frühläsion als Papel, nicht Bläschen, ähnlich wie bei Urticaria, wenn auch beständiger. Majocchi käme mehr an unteren Extremitäten vor, nicht am Stamm wie hier, und zeige auch keine Nekrosen wie vorgestellter Fall. Außerdem fehlte hier auch jede Gruppenandeutung ebenso wie Telangiektasien.

Mac Leod und *Wigley:* Parapsoriasis gemischten Typs. 50jährige Köchin. Type 1: Große schuppende, scharf begrenzte, rundliche und unregelmäßige Flecke von rötlicher Farbe 2—7 cm im Durchmesser, wie von *Erocq* beschrieben als: „Erythrodermie pityriasique en plaques dissiminees". Type 2: Flecke von netzartigem Aussehen, wie als Parakeratosis variegata beschrieben. Leichtes Jucken, Bestand seit 6 Jahren. Therapie ohne Erfolg. *Weber* möchte an atypische Sklerodermie denken. *Sequeira* meint, daß die Diskussion keine Klärung gebracht habe bezüglich der Abgrenzung der Parapsoriasis. Es handle sich eben um eine Krankheitsgruppe, die nicht zu heilen sei. Ein solcher eigener Fall sei in allgemeine Erythrodermie ausgeartet, ein anderer in Mycosis

Digitized by Google

fungoides. Eine Verwandtschaft der Paraps. zur Sklerodermie bestehe nicht. *Mac Leod* erwidert, daß Mikroskopie gegen Sklerodermie entschiede.

Mac Leod und *Wigley:* Epitheliom auf Sklerodermie. 61 jähriger gesunder Schreiber zeigt ulzerierenden Tumor von 8:4 cm am inneren rechten Tibiakopf. Bestand 4 Monate, vorher eben dort harter, warziger Knoten. Keine Drüsenschwellung. Gewächs entstand auf erhabenem zähen, bläulichen, nicht eindrückbaren Hautfleck, der über Knochen verschiebbar war und von zahllosen Gefäßen durchzogen. Umrandet war dieser Fleck von bläulich-bräunlichem Hof. Bestand viele Jahre. Lineares Band verdickter bläulicher Haut erstreckt sich an innere Tibia hinunter und ist mit Knochen verwachsen. Außerdem am unteren Abdomen drei Flecke verschrumpfter atrophischer Haut von braunem Rand umgeben. Bestand 16 Jahre. Röntgenbehandlung des Epithelioms ohne Wirkung. *Semon* empfiehlt die Souttarsche Heißdampfkauterisation, die etwa 2 cm pro Minute tiefer dringe und allen anderen Kaustizis überlegen sei. *Barber* hält Abdomenflecke für Sklerodermie, den Fleck mit Epitheliom aber für atrophische Prurigo, zumal er jucke.

Whietfield betrachtet alle Flecke als Sklerodermie, erinnert im übrigen an den Chirurgen betr. Epitheliom. *P. Weber* betrachtet den unteren Teil des linearen Bandes an Tibia als Sklerodermie, den oberen aber (mit Epitheliom) als Lichenifikation auf Sklerodermie. Weitere Diskussionsredner bringen nichts Neues. Vorstellender will später über mikroskopischen Befund berichten.

Haldin-Davis: Pagets Krankheit. 78 jährige Dame steht seit vielen Jahren unter Beobachtung. Leider sei chirurgisch nicht eingegriffen worden früher. Jetzt verweigere Patientin chirurgische Maßnahmen, und Vorstellender gebe ihr recht. Keine Drüsenschwellung.

Sequeira: Ulzerierendes Granulom. Anämischer, aber nicht abgemagerter Mann von 36 Jahren. Zurzeit zweiter Ausbruch schnell vereiternder Granulome. Früher unbestimmtes Penisulkus. Seitdem in Propen. Wa.R. negativ, Salvarsan ohne Wirkung. Jod wirkte verschlimmernd, Antimonium tartaricum bessernd. Granulome verwandelten sich schließlich in Eiterbeutel, ohne daß spezifische Mikroorganismen gefunden. Was liegt vor? *Barber* hat aus einem ähnlichen Fall diphtherioide Bazillen isoliert, mit denen es *Knott* gelang, bei Meerschweinchen ähnliche Hauterscheinungen zu erzeugen. Heilung erfolgte auf Autovakzine. *Dore* weist auf Ähnlichkeit mit Orientbeule hin.

Barber: Zwei Fälle von *Boecks* Sarkoid (benignes *Schaumann*sches Granulom) behandelt mit Natr. morrhuatum. Fall 1: Typischer Lupus pernio an Hand- und Fingerrücken, an beiden Vorderarmen große und kleine Knoten und infiltrierte Flecke, an Stirn unregelmäßig verkrustete Narbe mit aktiver sarkoider Infiltration, am Nasenrücken Knoten, wie Lp. vulgaris. Behandelt mit Bogenlicht und Jod, worauf Besserung. Weitere Heilfortschritte auf Natr. morrhuatum intramuskulär. Fall 2: In Aszendenz tuberkulös belastete 56 jährige Dame mit großen und kleinen infiltrativen Läsionen im Gesicht. Hier versagten Natr. morrhuatum, Röntgen, Jod und As. *Dyson* erwähnt einen eigenen gleichen Fall mit Lungentuberkulose. Er will wissen, ob in Barbers Fall die Lungen sich gebessert hätten nach den Injektionen. *Whietfield* bemerkt, daß durch sehr große Thyrezidmengen Fälle dieser Art genasen unter Gewichtszunahme. *Gray* weist darauf hin, daß beide Fälle vielleicht zwei verschiedenen Typen entsprächen, einem mit, einem ohne Knoten.

Digitized by Google

Goldsmith: Fall zur Diagnose: Erythema nodosum? 16 jähriges Mädchen mit roten und bläulichen Knoten von 2 cm Durchmesser über linker Spanne, Ferse und um Achillessehne. Bestand 5 Wochen. Knoten fließen bald zusammen nach Erscheinen. Nach einer Woche Jucken und Aufbrechen der Flecke. Nach weiterer Woche Heilung mit Schorf. Nach weiterer Woche wieder ähnliche Flecke am rechten Schienbein und rechten Handfingern. Beide Knie blau, nicht knotig. Vielleicht Erythema multiforme besonders vom Nodosumtyp Tbc. negativ, keine Foci. Vielleicht Verwandtschaft mit Chiblains? oder Akrozyanose. *P. Weber* möchte Chiblain annehmen, infolge der jetzigen fußkalten Frauentracht, was die ungewöhnliche Lokalisation erkläre. *Whietfield* weist darauf hin, daß die umgebende Haut sich bei Eryth. nod. kälter anfühle als die Läsion, bei Chiblain dagegen wärmer. *Goldsmith* meint, daß, falls Eryth. multiforme, das kalte Wetter keinen Einfluß auf die Läsion haben würde, was abzuwarten wäre. Er fragt, ob bei Chiblain es deutliche Purpurfarbe gäbe, *Weber* bejaht letzteres. Nachtrag: Inzwischen, seit 2 Wochen, ist kaltes Wetter eingetreten und trotzdem ging die Heilung weiter, also wohl Eryth. multiforme.

Mac Cormac: Lp. vulgaris mit Epitheliom. Vor 20 Jahren Auftreten von Lp. auf rechter Wange. Zurzeit große Gesichtsteile symmetrisch befallen. Seit 1 Jahr Spindelzellenkarzinom am linken Ohr auf Lp. vulg. Operation nur noch möglich mit Zerstörung der Fazialnerven.

Sequeira empfiehlt glühend *Souttars* Heißdampfkauterisation, mit der er blendende Erfolge erzielt habe. *Dyon* will Kaltkauter, *Gray* hat gute Erfolge erreicht durch As.-Paste.

Roxburgh: Dauersommersprossen, behandelt mit reiner Karbolsäure. Die geätzten Flecke sehr abgeblaßt. Ob 1% ige Lösung von Hydrarg. perchloratum-Lösung in Spiritus gleichen Effekt habe? *Dyson* weist darauf hin, daß nur völlige Zerstörung des Epithels Dauererfolg verspreche. *Sequeira* ist gleichfalls skeptisch bez. Dauererfolg, hält im übrigen den Zustand für Xeroderma pigment. Derselben Ansicht ist auch *P. Weber,* der auch nicht glaubt, daß durch angegebene Behandlung schließlich Krebs verhindert würde.

Thomson: Fall zur Diagnose. Lymphangioma? Erhabener Fleck am linken Gesäß 10:7 cm. Oberfläche etwas schuppend mit vielen feinen, stecknadelkopfgroßen, tief gelegenen Bläschen, anscheinend unter Epidermis gelegen, dazwischen wenige schwarze Gebiete von gleicher Größe, angeordnet wie Kapillarverzweigungen. Um das ganze Gebiet schmaler Erythemrand. Mikroskopisch granulomatöse Infiltration. Lymphangiektasien, aber keine Lymphgefäßvermehrung. An beiden Händen seit 9 Jahren Lp. erythematodes.

Thomson: Cutis verticis gyrata. 18 Monate altes Kind. Anscheinend nävoid.

Little: Pemphigus an Konjunktiven, Mund, Pharynx und Schoß. Beginn vor 3 Jahren mit gelegentlichen Bläschen über Haut. Zur Zeit Uvula fast verschwunden infolge Narbenschrumpfung. Früher habe Vorstellender einen ähnlichen Fall gezeigt mit schwerer Zerstörung von Mundschleimhaut und Vulva.

Siegfried, Aachen.

Sitzung vom 16. Dezember 1926 unter *Sequeiras* Vorsitz.

The B. j. o. D. a. S. 1927, 5.

Parkes Weber: Prurigo eines Erwachsenen nach *Besnier* und *Rasch.* 32 jährige Buchhalterin mit universellem Jucken und Kratzläsionen. Mehr-

Digitized by Google

fach Lichenifikationen, besonders an Beugen. Als Kind nur Ellbogenbeugen befallen. Sonst gesund und bei guter Ernährung. Tbc. und Asthma nicht vorliegend, auch keine Idiosynkrasien, dagegen starke Hypochlorie. Darmparasiten nicht vorhanden. Ähnlicher Fall wurde von *Besnier* als „prurigo diathésique" veröffentlicht. Im Blut Eosinophile 2%. *Drake* möchte nur ein über die Zeit verlängertes Kinderekzem zugeben. *O'Donovan* empfiehlt wärmstens verlängerte Höhensonnenbäder. *Semon* erinnert an einen Hodgkin ähnlicher Art, aber ohne Kratzzeichen. *Dowling* aber will von dieser Lichtbehandlung nie Dauererfolg gesehen haben, wohl aber von vegetarischer Milchdiät. *Adamson* sieht wie *Drake* hier Lichenifikation nach chronischem Ekzem vom Kindertyp; von Besniers Prurigo brauche man hier nicht zu sprechen. Dagegen will *Sequeira* wieder hier eine besondere Einheit nach *Besnier* sehn. Es handle sich um neurotische Kranke. Hebras Prurigo sei etwas anderes, käme in England auch nur selten vor, im Gegensatz zum vorgestellten Fall. *Oliver* will auch hier ein besonderes Leiden sehen, das wegen seiner Dauer nichts mit Kinderekzem zu tun habe. Er empfiehlt As. zeitweilig, und Pepton über lange Zeiträume.

Weber tritt nochmals für die Besonderheit seines Falles ein, da sich hier nicht immer richtiges Ekzem zeige, und von der vulgären Prurigo unterscheide er sich durch seine Lichenifikationen in Gelenken. Auch *Sequeira* habe allerdings als einziger englischer Autor der Besnierschen Prurigo ein besonderes Kapitel gewidmet.

French: Lupus erythematodes nur an Fingern. Fall nur gebracht der schnellen Heilung wegen unter Ultraviolettlampe. Vorher hatten die auch ulzerierenden Finger allen Heilversuchen widerstanden, auch Röntgen. Läge nicht vielleicht Lp. pernio vor?

MacLeod und *Wigley:* Mikroskopie eines Epithelioms auf Sklerodermie. An Berührungsstelle von beiden Epidermis unverändert, im Korium dagegen Verdickung des weißen fibrösen Gewebes, das dichte kompakte Masse bildet. Randschnitte des Tumors zeigen Spindelzellenepitheliom und entzündliche Zellinfiltration infolge Geschwürsbildung, die anscheinend Epitheliom voranging. Metastase in regionärer Drüse. *Sequeira* meint, daß vorgestellte Assoziation bislang nie beschrieben sei.

Sequeira: Lymphoblastische Erythrodermie. 58jähriger sonst gesunder Mann mit dunkel gefärbter Haut, die als familiäres Erbteil anzusehen, kommt mit Rötung der Haut, die seit 9 Jahren besteht. Keine Schuppung, leichte Empfindlichkeit. Bei Kälte Verschlimmerung. Wa.R. negativ. Hämoglobin 83%. Weiße Zellen nur 5000, davon 65% kleine Lymphozyten. Kriterien dieses Leidens: Allgemeine Hautröte, im Anfang keine Zunahme von Leukozyten und Verschiebung der Proportion der weißen Zellen, von denen 50 bis 60% Lymphozyten. Später mäßige Leukozytose. Auf *Dowlings* Frage antwortet Vorstellender, daß bei solchen Kranken nie sehr hohe Leukozytose bestehe, die höchste vom Sprecher beobachtete sei 30000—40000 gewesen. Manche der Kranken gingen an Gehirnerscheinungen zugrunde, alle aber stürben an dem Leiden oft erst nach 8—9 Jahren.

Adamson: Zwei Fälle rezidivierender Zellgewebsentzündung des Gesichts. Fall 1: 50jähriger Mann, der alle paar Wochen erysipelartige Rötung und Schwellung von Stirn, Nase und Wange zeigt. Auch in Ruhepausen nie völliges Verschwinden. Auch nach Entfernen aller Zähne Fortbestehen. Nase und Sinus ohne Befund. Fall 2: 19jähriger Mann mit gleicher Lokalisation

Digitized by Google

in gleicher Weise seit 5 Jahren. Solche von ihm wie oben benannten Krankheiten seien in Literatur bislang ziemlich übersehen worden; auch *Sequeira* habe ihr in seinem Werk nur wenige Zeilen gewidmet unter: „Wiederkehrende erysipeloide Eruptionen des Gesichts." Andere Autoren erwähnten die späteren Entwicklungsstadien dieses Leidens als „Elephantiasis nostras" oder „Leontiasis", wobei letztere meistens als Luesfolge angesehen würde. Nirgends aber fände man Hinweise auf klinischen Verlauf noch Heilverfahren dem akuteren Zustand gegenüber. 60 Fälle habe er in Behandlung gehabt, Mikroorganismen zu kultivieren, sei nie gelungen. Da weiter keiner dieser seiner Fälle in Leontiasis geendet habe, dürfe man hier nicht von „angioneurotischem Ödem" noch von „rezidivierender Dermatitis, infolge äußerer Irritantien" sprechen. *Drake* hält den Zustand für chronisch rezidivierende Lymphangitis, ausgehend von einem Fokus in Nase oder sonstwo.

Semon hat in ähnlichem Falle einen kariösen Eckzahn ziehen lassen, mit folgender Dauerheilung. *Sibley* will Diphtherie-Antitoxin angewandt sehen, weil solche Fälle diphtheritischen Ursprungs seien. *P. Weber* sieht in dem Zustand eine chronische Lymphangitis, die die Lymphgefäße blockiere. *French* hat ähnlichen Fall durch leichte Röntgendosen in monatlichen Abständen geheilt.

Ingram: Ungewöhnlicher Nävustyp. 13jähriger jüdischer Jüngling zeigt, beginnend vor 3 Jahren, jetzt um Hals einen Kragen von flach-erhabenen oberflächlichen Papeln in Größe variierend von Nadelspitze zu großem Nadelkopf. Farbe tief rötlich-braun. Daneben Sprenkelung durch schwach-braune Flecke an Kopf, Gesicht, Stamm und benachbarten Extremitätenteilen. Flecke wie Sommersprossen. Eruption breitete sich anscheinend weiter aus. *Little* hält Sprenkelung für Sonnenwirkung. *Adamson* will Urticaria pigmentosa erkennen. *Oliver* verneint Nävus. Pigmentflecke ständen im Zusammenhang mit Haarfollikeln. Die epitheloiden Zellen im Präparat wären dissoziierte Zellen der Lanugo-Haarfollikel. *Weber* erkennt im Zustand weder Nävus noch Sonnenlicht-Sommersprossen. *Ingram* erwidert, daß Urticaria pigmentosa ausscheide wegen Fehlens von Mastzellen.

Dowling: Leiomyom der Haut. 54jährige Frau bekommt unter Polydipsie, Polyurie und Gewichtsverlust über weite Körperteile in Schüben kleine erhabene feste Tumoren von Linsen- bis Erbsengröße, braunrot und leicht transparent wie Boecks Sarkoide. Histologisch klar umschriebene Massen glatter Muskelfibrillen, deutlich umschrieben und nicht eingekapselt.

Dowling: Lepra maculo-anaesthetica. Junger siamesischer Student, seit 13 Monaten in England, bekam vor 9 Monaten Pigmentfleck am rechten Ellbogen, der sich jetzt auf 17:12 cm ausgedehnt hat. Ein anderer frischerer Fleck am linken Handgelenk. Pigment verschwindet aus Zentrum und häuft sich am Rande an.

Graham Little: Sarkomatose der Haut (Typ Perrin). Bei weiblicher Kranken anfangs große Pigmentflecke mit äußerster Verbreitungsneigung über weite Hautgebiete. Jetzt mehr als 50 hypodermische Tumoren, die allmählig mit Epidermis verwachsen und sich dann röten. Keine Drüsenvergrößerung. Ein gleicher vor 15 Jahren vorgestellter Kranke zeigte damals unter Soamin-Injektionen schnelles Verschwinden aller Tumoren, starb aber dann plötzlich. Jetziger Schnitt zeige tiefe Infiltration in Papillarschicht, nicht sowohl sarkomatösen, als vielmehr endothelialen oder epithelialen Charakters. Diagnose und Behandlungsweise strittig.

Digitized by Google

Semon: Lupus erythematodes mit Krysolgan behandelt. Befallen Gesicht in großer Ausdehnung. Lungentuberkuloseverdacht vor 24 Jahren. Chronische Sepsis des rechten Oberkieferantrums kommt ätiologisch vielleicht in Betracht. Streptokokkeneigenserum versagte. Krysolgan intravenös von 0,0015—1,25 g in sieben Dosen verursachte vermehrte Rötung der Läsion mit auffallender Vernarbung. Desgleichen die achte Gabe von 0,75 g nach längerer Zeit. Daneben in Reaktionszeiten rheumatische Schmerzen. Jetzt Heilung mit Gewichtszunahme. Wenn der chronische Typ des Lp. eryth. zusammenfiele mit dem benignen Lymphogranulom *Sternbergs* und *Schaumanns*, dann könne man diesen Erfolg verstehen nach den Goldpräparaten. *Davis* hat ähnliches gesehen mit lokaler Reaktion und Heilung, gemäß *Schaumanns* Empfehlung des Krysolgans bei Lp. eryth. *Gray* ist gleichfalls begeistert von der Wirkung kleiner Krysolganmengen. *Sequeira* weist auf gemeldete Vergiftungserscheinungen nach Krysolgan hin, die ihn zögern ließen. *Semon* erwidert, daß wohl Albuminurie nach Gebrauch des Krysolgan aufträte, bei weiterem Gebrauch desselben aber verschwände. Es handle sich eben um Folge von Zerfall tuberkulösen Gewebes. *Martenstein* (Breslau) habe 66,5% Dauerheilungen gemeldet.

Semon: Entstellung durch Teerimprägnierung. Jüngling erlitt Motorunfall mit starken Hautabschürfungen im Gesicht und Teerbeschmutzung. Narben jetzt schieferbraun, wie tätowiert. Guter Erfolg nach Behandlung mit Extätol. *Siegfried* (Aachen).

Sitzung vom 20. Januar 1927.

Parkes Weber: Two cases of a chiblainy condition of the legs somewhat resembling Erythema induratum; also a case of Erythema induratum for comparision. (Zwei Fälle einer Art Chiblain der Beine, der in gewisser Beziehung einem Erythema induratum gleicht; dazu ein Fall eines Erythema induratum zum Vergleich.) The B. j. o. D. a. S. 1927, 6.

Die beiden ersten Kranken haben große subkutane Schwellungen der Beine, die von zyanotischer Haut bedeckt sind. Diese Schwellungen jucken anfangs, werden aber schließlich schmerzhaft und fühlen sich kalt an. Hände sind kalt und feucht, aber ohne typische Akrozyanose. Allgemeinzustand gut. Menstruation seit 10. bzw. 13. Lebensjahre. Schilddrüse normal. Beide tragen die modernen dünnen Seidenstrümpfe. Die eine hat daneben noch gewöhnlichen Chiblain an Händen und Füßen, die andere nicht. Der dritte Fall (Erythema induratum) zeigt starken Pirquet und ist als tuberkulös anzusehen. Die Zirkulationsträgheit in Beinen soll im Blute kreisende Tbc.-Bazillen im Subkutangewebe fixieren, und so zu einer tuberkulösen Phlebitis der kleinsten Venen führen mit sekundärer Knotenbildung. Der scharf positive lymphangitische Typ der Pirquetschen Hautreaktion ist als hyperallergisch zu bewerten gegen Tbc.-Bazillen. Damit im Einklang steht, daß keiner der zahlreichen Knoten bislang aufbrach. Zusammenfassend meint Vortragender, daß die meisten unter chiblainartigen Erscheinungen Leidenden keine Akrozyanose im gewöhnlichen Sinne zeigen, daß chiblainartige Läsionen bei jungen weiblichen Personen keineswegs zum richtigen Chiblain zu führen brauchen, daß die moderne Frauentracht mit kurzen Röcken und Seidenstrümpfen chiblainartige Äußerungen, wie oben beschrieben, hervorruft, wenn auch nur gelegentlich. Und diese würden oft mit Erythema induratum oder E. nodosum

Digitized by Google

verwechselt. Diese chronische Chiblainläsion soll mitunter die Entwicklung eines wahren Erythema induratum (Bazin) zur Folge haben.

Siegfried (Aachen).

Sitzung vom 20. Januar 1927. Vorsitzender: *Sequeira.*

The B. j. o. D. a. M. 1927, 6.

Souttar führt seine Dampfkauterisation vor und damit behandelte Fälle. Besonders behandelt wurden wuchernde Gesichtskarzinome, die chirurgisch nicht mehr angreifbar waren. Bei diesem Apparat wird Wasserdampf, bevor er sein Ziel erreicht, nochmals durch eine Flamme getrieben und so überhitzt. Der Dampf selbst wird durch eine verstellbare Öffnung gejagt. Die Koagulationswirkung reicht in 10 Minuten etwa 2½ cm tief. Zwei vorgestellte Fälle mit Epitheliom auf Lupus, die beide vor 18 Monaten kauterisiert worden waren, zeigen glatte Narbe. Auch Ulcus rodens eignet sich für diese Behandlung, dabei wird das koagulierte Gewebe exzidiert und die Wunde später plastisch gedeckt. Ein tiefes Röntgengeschwür am Bauche wurde bis zum Peritoneum ausgebrannt, dann ausgeschnitten. Das umgebende aseptische Gewebe schloß sich über dem Defekt. Durch Teer schwarzgefärbte Narben (Motorradunfall) wurden in feiner Linie ausgebrannt und erschienen hinterher weiß.

Semon: Fälle mit Dampfkauterisation behandelt. Lupus vulgaris des Gesichts mit großem Epitheliom, letzteres wohl als Röntgenwirkung. Epitheliom am Ohr seit 4 Jahren und Naevus pilosus wurden geheilt; letzterer mit Hinterlassung eines Keloids. Ein weiterer Fall betraf ein Krebsgeschwür am äußeren linken Augenrand. Vor der Kauterisation wird das Ulkus ausgekratzt, die folgende Blutung wird sofort durch die Kauterisation gestillt. Bei Wangenläsionen soll man durch im Mund gegengehaltenen Finger kontrollieren, damit der Gewebszerfall nicht zu einer unheilbaren Wangen-Mundhöhlenfistel führe. Vor Kauterisation Lokalanästhesie oder allgemeine.

Sequeira will wissen, ob Äther als Narkotikans hier anwendbar sei. Der Erfolg der Heilung des Röntgengeschwürs sei das zurzeit bemerkenswerteste Resultat, das er je gesehen. Er empfiehlt den Dermatologen obiges Verfahren, da es noch mehr leiste als *Souttar* zugegeben habe. *Whietfield* meint, daß die Methode sich vorzüglich für oberflächlichen Naevus teleangiectodes eignen würde und wegen ihrer augenblicklichen Wirkung ohne Anästhesie. *Everidge* glaubt, daß das Verfahren auch wohl bei tieferen Operationen, wie in Blasenfällen, blutstillend wirken könnte. *Souttar* erwidert, daß Explosionsgefahr bei Äthernarkose ausgeschlossen sei, da die Flamme wie bei Davislampe mit Drahtgaze umgeben sei, außerdem sei die Temperatur nicht hoch genug, um Äther zu entflammen, was bei Diathermie gelegentlich vorkomme. Der Apparat erlaube feinst abgewägtes Handeln quoad Tiefe der Gerinnung und Temperatur; man erreiche eben in 10 Minuten die Tiefe von 2½ cm. Bei Naevus teleangiectodes würden 2 Sekunden genügen. Das beste Verfahren sei das koagulierte Gewebe bis hart an den Rand zum Gesunden hin herauszuschneiden, dann würden Blutungen vermieden. Viel verspräche er sich gegenüber dem Karzinom der Cervix uteri.

Dowling: Fall von Lupus erythematodes des Gesichts mit papulo-nekrotischen Tuberkuliden an Armen und Gesicht und Erythema induratum.

Parkes Weber: Zwei Fälle einer Art Chiblain der Beine, dem Erythema induratum ähnelnd. Die Fälle sind in gleicher Nummer veröffentlicht und

Digitized by Google

erscheinen in gesondertem Referat (in gleicher Nummer der Derm. Zeitschr.). *Whietfield* ist mit der Diagnose der beiden ersten Fälle einverstanden. Es gäbe Personen mit normal gefärbter Hand und Chiblains und solche mit Akrozyanose ohne Chiblains. Unter den akrozyanotischen Fällen gäbe es zwei Typen. Bei einem seien Hände oder Füße steinkalt, beim anderen aber heißer als normal. Bei letzterem bestehe eine starke Schweißabsonderung, so daß die ausgezogenen Handschuhe oder Strümpfe sogar dampften. Dieser Typ befalle aber nur Personen zwischen 14—30 Jahren. Beim Erythema induratum befielen Tbc.-Bazillen nicht die feinen Fußvenen selbst, sondern die Arteriolen in ihren Wänden. Erst von da aus gehe der Einbruch in die Venen selbst vor sich. *Fox* erinnert an die „Grabenfüße" während des Krieges, die ähnliche Erscheinungen wie die beiden ersten Fälle zeigten. Männer seien keineswegs immer ausgeschlossen. *Dore* fragt nach Behandlung des häufigen Leidens, da doppelte Strümpfe oder hohe Schuhe die schweren Fälle nicht beeinflußten. *Mac Cormac* verweist auf zwei von ihm vorgestellte ähnliche Fälle. Ein Typ entstände nur im Winter, der andere dauere auch über Sommer hinaus, hänge mit Tbc. zusammen und zeige dasselbe rote Erythem an den Beinen wie ähnlich bei Bazin, sei aber doch anders. *Gray* findet *Webers* und *Dowlings* Fälle deswegen sehr interessant, weil beide dünne Kranke betreffen, während es sich beim Bazin um fette handle, besonders an unteren Extremitäten. Er glaubt, daß die Schwellungen erst sich im Fett etablierten, daß das nicht widerstandsfähige Fett dann leicht aufbreche. Hier aber handle es sich um dünne Patienten ohne Fett. Warum brächen nun in einem Falle die Knoten auf, im anderen Falle nicht, wie hier vorgeführt? *Whietfield* erwähnt, daß er in solchen Fällen mit einer Spritze reines Öl habe aspirieren können. Histologisch erkenne man, daß die Fettzellen durch große vielkernige Zellen aufgefressen, ihre Wände eröffnet würden, so daß das Fett frei im Gewebe zu liegen komme. *Weber* meint, daß bei gewissen sommerüberdauernden chiblainartigen Affektionen der Beine man an Tbc.-Infektion denken könne, wie beim richtigen Erythema induratum. Die tiefen Ulcera der wahren tuberkulösen Läsionen müsse man von den oberflächlichen Ulzerationen beim bloßen Chiblain unterscheiden. Bei Chiblain der Beine solle man den Kranken ins Bett stecken und längere Zeit horizontale Lage einnehmen lassen. Falsch sei am Feuer zu wärmen. Vor der Kalziumtherapie solle man Kalziumgehalt des Blutes feststellen, ob verändert. Schilddrüsenextrakt könne man versuchen.

Goldsmith: Erythema induratum diutinum (schon früher vorgestellt). Säugling mit bläulich-roten Knoten am rechten Gesäß. Auch jetzt Diagnose unklar. Keloid wäre auszuschließen, da nach Exzision kein Rezidiv. Vielleicht Granuloma annulare? Histologie spräche dagegen. Volle Röntgendose ohne Erfolg. Knoten bestehen aus jungem fibrösem Gewebe. Keine Nävuszellen. *Weber* möchte des fibrösen Gewebes wegen doch an Keloidmöglichkeit denken.

Mac Cormac: Lupus vulgaris disseminatus. 31jährige Frau aus gesunder Aszendenz. Abort eines mazerierten Fötus. Wa.R. negativ. Vor 3 Jahren akute Halsentzündung mit Abszessen und Lymphdrüsenvergrößerung am Halse. Im Anschluß Blutung aus Lunge oder Hals. 3 Monate später Knoten von Schilling- bis Handgröße, fast überall bis zu 30. An Vulva zahlreiche eiternde Papeln. Die zuerst entstandenen Einzelläsionen brachen auf, bekrusteten sich und verwandelten sich in Flecke typischen Lupus vulgaris. Ultraviolettlicht

Digitized by Google

hat bislang nur die Kopfläsionen zur Vernarbung gebracht. Inzwischen immer neue Knoten (Gummata tuberculosa). Nunmehr Diagnose unklar. Sicher bestände noch tuberkulöser Fokus. Mikroskopisch zeige sich typische Hauttuberkulose. Kranke glaube an Ansteckung von einem Lupus vulgaris Fall ihrer Nachbarschaft. *Siegfried* (Aachen).

Tagung vom 17. Februar 1927. Vorsitzender: *Sequeira.*

The B. j. o. D. a. S. 1927, 7.

Barber: Sarkoid. Läsion im Gesicht bei 58jähriger Frau angeblich nach Erysipel des Gesichts vor 7 Jahren. Auf beiden Wangen zerstreute Flecke wie flacher Lupus vulgaris, auf linker Wange besonders drei erhabene bläuliche Knoten mit darüber hinweglaufenden Gefäßen. Hände bläulich ohne Knoten. In Lungen alte verkalkte Herde. Fußknochen vermehrte Transparenz, aber ohne freie Stellen im Knochenmark. Pirquet auf bovine und humane Tbc. positiv. Anscheinend Einschmelzung der Knoten auf Natr. morrhuatum.

Barber: Zusammenfließender Lichen nitidus mit Zungenläsionen. 59jährige Frau bekam vor 6 Monaten zuerst Ausschlag an Handgelenken, der sich allmählig generalisierte. Zugleich weiße Streifen auf Zunge. Jetzt anscheinend zurückgehende zusammengeflossene Flecke von Lichen nitidus an sehr vielen Körperstellen, während die Mundläsion als Lichen ruber unzweideutig imponiert, auch mikroskopisch. Trotzdem hält Vorstellender Lichen nitidus hier für eine gesonderte Einheit, die dem Lichen ruber gegenüber stehe, was klinischer Verlauf des Rückganges der Flecke und Histologie beweise.

Gray sieht im vorgestellten Fall Lichen ruber miliaris, was allerdings oft schwer zu entscheiden sei. Die gezeigten Schnitte verrieten flaches Infiltrat, während dieses bei Nitidus rund sei und tiefer in Epidermis dringe. Auch verdickte Körnerschicht spreche gegen Nitidus. Mundläsionen seien Lichen pl. *Barber* meint, daß Jod hier zu helfen scheine. Im übrigen bleibt er bei seiner Diagnose des typischen Lichen nitidus wegen klinischen Aussehens der Einzelknötchen. Die mikroskopischen Abweichungen vom Typ erklären sich durch ausnahmsweise besonders deutliche Hyperkeratose über Knötchen, auch wäre zuzugeben, daß die besonders verdickte Körnerschicht bei Lichen nitidus ungewöhnlich sei, aber daß das Infiltrat die Epidermis anfresse, wie hier, käme wohl bei Lichen nitidus, nicht aber bei Lichen pl. vor, denn bei Lichen pl. sei im Gegenteil Epidermis akanthotisch verdickt.

Barber: Fall von Lupus erythematodes des behaarten Kopfes mit alten Narben eines papulo-nekrotischen Tuberkulids und Erythema induratum der Arme und Beine. 41 jährige Frau mit skrophulöser Vorgeschichte. Seit 4 Jahren Lupus erythematodes des Kopfes. Zurzeit deutliche träge Chiblainzirkulation, Arme, Beine und Gesicht bläulich, erstere beide mit zahlreichen alten Narben von früheren Tuberkuliden. Drüsen zahlreich palpabel, besonders am Hals. Mundsepsis. Wa.R. und Tbc.-Komplementprobe negativ. Pirquet dagegen positiv. Lungenspitzen alte verkalkte Herde.

Fall interessant, weil Lupus erythematodes und Tuberkulide besonders häufig bei Chiblainkranken vorkommen, wobei aber ihr ungewöhnliches gemeinsames Vorkommen beim gleichen Kranken nicht auch für gleiche Infektionsquelle zu sprechen brauche. Hier hingen die Tuberkulide vor 20 Jahren sicher mit den Halsdrüsen zusammen, während Erythematodes erst vor

Digitized by Google

4 Jahren entstanden, also zu einer Zeit, da die Tbc.-Antezedentien längst geheilt. Der positive Pirquet zeige schließlich hier nur an, daß Kranke tuberkulös gewesen, die negative Komplementfixation dagegen das Fehlen von aktiven Tbc.-Bazillen.

Drake: Xanthom. 47jährige Frau zeigt seit 6 Monaten an inneren und äußeren Augenwinkeln, im Nacken und an Brust, also an exponierten Körperteilen, Xanthomflecke. Daneben rezidivierende Bauchschmerzen, Erbrechen und Gelbsucht. Kein Diabetes. Blutcholesterol verdoppelt. *Weber* bezeichnet solche flachen Xanthome als „lakenartige" und meint, daß diese besonders vorkäme bei Kranken mit sehr chronischer Gallenstauung wie hier. Auffallend sei der sehr hohe Cholesterolgehalt des Blutes.

Drake: Lupus disseminatus. 23jähriger Jüngling, der in der Jugend wegen Halsdrüsen operiert wurde, zeigt nun sehr weiche und saftreiche Lupusflecke verschiedener Größe an Gesicht, Hals, Rücken und Gliedmaßen. Diffus braunes Infiltrat.

Dowling: Epithelioma adenoides cysticum. 22jähriger Jüngling. Befallen seit Pubertät Gesicht, besonders Nasen-Wangenfurche. Daneben Typus seborrhoicus. Histologie: Bündel und Stränge von Epithelialzellen wie bei Basalzellenkarzinom umschließen häufig Hohlräume, von denen einige Haarreste enthalten. Anscheinend entständen die Tumoren aus den Scheiden der Haarfollikel und den mit diesen verbundenen Talgdrüsen.

Dowling: Vier Fälle von Haarpilzerkrankung, behandelt mit Thallium acetat-Epilation. Gegeben wurden 8 bzw. 8,5 mg pro Kilogramm Körpergewicht. Haarausfall komplett nach 19 Tagen. Auffallend war im Wiederbeginn des Haarwachsens eine große Menge von Haaren wie Ausrufungszeichen. Infizierte Haare fielen schwerer aus als gesunde. Toxische Nachwirkungen in 25% der Fälle, bestehend in Schmerzen der unteren Gliedmaßen, Appetitverlust und Kopfschmerzen. *V.* möchte, da *Buschke* Fälle ohne Intoxikationserscheinungen verliefen, einer biologischen Standartisierung des Thalliums das Wort reden, weiter solle man Kranke während der ganzen Dauer der Behandlung im Bett halten. *Copeman* hat unter *Dixons* Leitung alten, fast moribunden Krebskranken Thallium acetat oral anfangs gegeben, von der Erwägung ausgehend, daß wie Th. auf die Epidermis destruktiv wirke, es vielleicht auch Krebsgewebe zur Einschmelzung bringen könne. In allen Fällen aber sei Tod eingetreten. Niemals sei Epilation erzielt worden, allerdings wurde auch nur 1 g täglich von 8—28 Tagen gegeben. Als Vergiftungsäußerungen seien Jucken der Gliedmaßen anzusprechen gewesen. Später wurden intramuskuläre Injektionen gegeben in vierfacher Menge von der der Kinder. Diesmal trat überall Alopezia ein, daneben aber zeigten sich als Vergiftungserscheinungen nervöse Symptome, die sich in einem Falle zum Verfolgungswahnsinn steigerten, allerdings nur vorübergehend. Einmal störte auch eine Diarrhöe. Tierversuche ließen Einfluß auf Keimdrüsen erkennen. So könne Thallium zu Keimtod sogar führen. Bei rasierten Tieren erzeugten kleinere Dosen Haarwuchsbeschleunigung (sic!) im Gegensatz zu größeren Mengen. Neuerdings benutze er ein kolloidales Präparat von Thalliumjodid, das, da langsam resorbierbar, die bei Krebskranken unerwünschte Epilation vermeide.

Semon schlägt vor, vielleicht auch gegen Thalliumintoxikationsbeschwerden, da Thallium ja fast das gleiche Atomgewicht wie Gold habe, auch als Antidot gegen Thallium Natrium thiosulfat zu versuchen.

Digitized by Google

Dowling: Rezidivierende Hauteruption. Artefakt? 13jähriges, stattlich entwickeltes, aber neurotisches Mädchen, das bei einer Frau mit Blasenausschlag lebt, bekommt, wenn es besonders reizbar ist, wie vornehmlich vor Menstruation, lineäre Blasen an Fingerseiten und auch sonst runde Blasen, wie bei der sie behütenden Frau.

Weber: Chronisch rezidivierender Pemphigus oder Dermatitis bei altem Manne mit chronischer Lymphozytosis. 70jähriger Mann, anfangs mit wenigen Blasen auf juckender Basis. Jetzt Blasen überall, nach Angabe auch manchmal im Mund. Blasen sollen auf äußerlich normaler Haut aufschießen. Panadenie, aber ohne Fieber. Ahydrochlorie. Wa.R. ungewiß. In Blasen viele Eosinophile. 68% Lymphozyten im Blut. Vielleicht *Sequeiras* „lymphoblastische Erythrodermie"? Autopsie des gemäß Postcriptum einen Monat später an allgemeinem Erysipel Verstorbenen, ergab Lymphozyteninfiltration der Leber wie bei chr. lyphatischer Leukämie, ebenso der Milz, die sechsfache Vergrößerung aufwies, und der Nieren. *Gray* ist für Dermatitis herpetiformis, da neben Blasen auch erythematöse Läsionen. Im übrigen sähe man bei solchen Fällen immer erst klar bei Autopsie.

Weber: Persistierendes Erythem mit Ischämie des linken Fußes, wohl infolge langdauernden Pflasterverbandes des tuberkulösen linken Knies. Zartgebaute 30jährige Frau, gesund bis 21 Jahren, wo sie Pleuritis bekam. Damals schwoll Knie an infolge Stoßes und wurde 3 Jahre lang, weil für tuberkulös gehalten, unter Pflasterverbänden gehalten. Dann Heilung, bis auf leichte Gehstörung. Links an Hüfte und Fuß Inaktivitätsatrophie. Seit 5 Jahren anfallsweise Schmerzen im linken Fuß mit zunehmender Purpurfarbe. Jetzt zeigt sich allmählich über Fuß sich ausbreitende rote Stelle, leicht gegen Gesundes erhaben. Arterielle Pulsation links nicht, respektive nur sehr schwach tastbar. Wa.R. negativ. Vorgenommener Versuch der Sympathektomie zeigte so dünne Arterie, daß Wunde wieder geschlossen wurde. Schnelle Heilung derselben. Von früherer Annahme einer Erythromelie (Pick) sei er abgekommen. Nach einem Postscriptum nimmt *V.* an, daß die Röte als Kompensation für geringen arteriellen Zustrom anzusehen sei, ähnlich wie bei Thrombo-Angiitis obliterans, oder wie man es nach Sympathektomie wohl sähe. Röte nimmt weiter zu. Pflasterverband soll früher auch Teile der Fußsohle bedeckt haben. *Semon* hat eine Gangrän heilen sehen nach Sympathektomie, nachher aber sei unheilbares Fersenulkus aufgetreten, sicher als Folge von Operation. Daher Vorsicht!

Cormac: Pilzerkrankung des Kopfes bei Erwachsenem. 29jähriger Bahnangestellter, der nichts mit Pferden zu tun hatte. Quelle der Ansteckung nicht zu finden. Plötzlicher Ausbruch der jetzt mäßig entzündeten Stelle vor 5 Wochen. Großsporiger Pilz gefunden.

Dore: Multiple Teleangiektasie als Familienkrankheit. 56jährige Frau mit zahlreichen Telangiektasien, teils in großen Flächen mit Hyperkeratose. Häufiges Nasenbluten, was in solchen Fällen die Regel. Mutter ähnlich, wenn auch geringeren Umfanges. Ein gleicher Kranke habe ihm mal erzählt, daß Krankheit in seiner Familie schon 100 Jahre bestehe. *Weber* weist darauf hin, daß, obgleich es sich um angeborenes Leiden handele, die Entwicklung desselben doch erst in späteren Jahren oft manifest werde, nur Nasenbluten sei oft das erste Zeichen.

Davis: Papuläre Erhabenheiten auf Augenlidern und Stirn. Milium colloidale? 45jährige Dame. Obige Schwellungen seit 10 Jahren. Seit kurzem

Digitized by Google

schnelle Vermehrung der Läsionen. Sonst gesund. Schwellungen sollen täglich wechseln, und angeblich hat ihr Vater Ähnliches gehabt. Schwellungen, die kaum fühlbar sind, variieren bis zu Hanfsamengröße, etwa 150 an Zahl. Bei gestreckter Haut sind die Schwellungen rundlich oder wie gelappte opake weiße Körnchen, die ganz oben in Haut liegen. *Weber* stimmt Diagnose zu.

Wigley: Schleimhautadenome des Gaumens. Fall zur Diagnose. 37 jähriger Mann zeigt auf Übergang von hartem zum weichen Gaumen weißliche Papeln mit rotem, anscheinend hämorrhagischem Zentrum. Konsistenz und schmerzlos. Hinter den Schneidezähnen gleicher, aber wunder Fleck. Gaumen anämisch und Gaumenfalten stark prononziert. Pyorrhöe. Wa.R. negativ. Keine Gaumenplatte. *Fordyce* und *Mac Kee* hätten gleichen Fall unter des Vorstellenden Diagnose veröffentlicht.

Little: Erythema scarlatiniforme: Vor einem Jahr sei gleicher Ausschlag im Anschluß an das Schneiden einer Hecke entstanden, beginnend an Händen und sich schnell über ganzen Körper ausbreitend. Dann universelle Schuppung mit Haar- und Nagelverlust. Kurze Zeit Fiebersteigerung. Jetzt gleicher Zustand auch wieder nach Schneiden derselben Hecke, die er auch zwischendurch öfters ohne Schaden geschnitten hätte. Jetziger Anfall aber wesentlich harmloser. Darmstörungen fehlen, Allgemeinbefinden gut.

Siegfried, Aachen.

Tagung vom 17. März 1927.
Vorsitz: *Sequeira.*

The B. j. o. D. a. S. 1927, 8—9.

Dixon spricht über Thallium bei Menschen und Tieren. Thallium bewirkt Erschlaffen der glatten Muskulatur, es hat eine nur ihm zukommende Wirkung auf den Sympathikus-Komplex. Weiter verringert es den Widerstand der Nervenbahnen des Rückenmarkes und Medulla gleich Strychnin. Besonders einzig aber ist die Thalliumwirkung in Erzeugung der Alopezie. Während alle untersuchten Tiere, mit Ausnahme von Meerschweinchen, bei größeren Dosen ihre Haare verlören, bewirkten kleinere im Gegenteil Haarwachstumsbeförderung. Aber nur neue Haare wüchsen, die alten fielen aus. Im autonomen Nervensystem würden die Nervenzellen selbst im Verlauf der Nervenfasern beeinflußt, und sie allein bestimmten den Widerstand gegen Impulse. Würden die Nervenzellen mit Thalliumsalzen imprägniert, verschwände der Widerstand. Aus alledem ließe sich folgern, daß Nervenerkrankung und Nervenschock, der ja mit dem autonomen System zusammenhängt, Haarausfall erzeugen könnten. Auch auf Haarausfall bei Trigeminusneuralgie falle jetzt neues Licht. Auch Alopecia areata geht ja oft mit Nervenstörungen zusammen. Daß Thallium nur über Nerven wirkt, erkennt man daran, daß auf Haut eingeriebenes Thallium keine Wirkung ausübe, außerdem ergab Mikroskopie bei Thalliumvergiftungen, daß gerade Haut weniger Thallium enthielt als alle anderen Organe, ganz im Gegensatz z. B. zum As. Wenn man die Menschen in Vagotoniker (z. B. Deutsche und Engländer) einteile und Sympathikotoniker (z. B. die Russen und Romanen), dann ergibt sich, daß die Völker, die zu vorzeitiger Kahlheit neigten, mehr zu den besonders vagotonischen gehören. *Dowling* möchte wissen, ob Thallium unmittelbar wirke oder kumulativ. Er glaube an Kumulation, da toxische Erscheinungen (Gelenk- und Kopfschmerzen) erst am 10. Tage sich zeigten. Vielleicht gelänge es, falls

Digitized by Google

Kumulation, die Giftwirkung durch Natr. thiosulfat zu paralysieren. Zur Zeit empfehle sich wohl schwächere Thalliumdosen zu geben neben schwächeren Röntgenbestrahlungen, als bislang gebräuchlich. Weiter gehe aus Thalliumwirkung hervor, daß der Schlüssel zur Ätiologie der Alopecia areata im sympathischen System zu suchen sei. Auf diese und weitere Anfragen erwidert V.: Thallium wirkt kumulativ. Nierenschädigungen und Albuminurie zeigten sich nicht. Die Thalliumwirkung auf den Sympathikus schließe Wirkung auf Nebenniere ein, was vermehrte Beobachtung der Dermatologen verdiene. Mehr oder weniger an Adrenalin übe Effekt aus auf gewisse Alopeziaformen. Bei Thalliumgebrauch im Tierversuch fände man kein Adrenalin in Nebenniere. Bei geringeren Dosen wirke Thallium haarwuchserzeugend bei rasierten Tieren. Interessant ist weiter, daß Thallium, wenn es nach Rasieren des Tieres jeden 3. Tag verabfolgt würde, wohl im rasierten Gebiet das Haar wachsen lasse, während Alopezia an anderen Körperstellen einträte. Sicherlich würden sehr große Dosen zum dauernden Haarausfall führen. Bei kleinen Dosen wären Nervenreflexe erleichtert, große Dosen aber verzögerten Reflexe respektive höben sie auf.

Roxburgh: Fluoreszenz der von Pilzerkrankungen befallenen Haare im Ultravioletticht. *Whietfield* will wissen, ob z. B. auch bei Endothrix, also wo Pilze im Haare, nicht auf dessen Oberfläche sich befänden, Fluoreszenz sich zeige. *Sibley* erwähnt, daß eine als Pilzerkrankung vom Pathologen diagnostizierte Haarerkrankung sich wegen Nichtfluoreszenz als Trichorhexis nodosa entpuppt habe. Einmal wäre bei einer „Alopecia areata" Pilzerkrankung festgestellt worden. Die Fluoreszenzmethode gewährleistete eine große Zeitersparnis, weil mikroskopische Untersuchungen sich meistens erübrigten. Aber auch Pilzerkrankungen der Haut ließen sich nach angezogenem Verfahren feststellen. Pilznagelerkrankungen würden vielleicht die an sich schon fluoreszierenden Nägel noch mehr aufleuchten machen.

Semon: Lupus eryth. behandelt mit Krysolgan. 53 jährige Frau mit sehr großen Plaques im Gesicht und vielen anderen Körperstellen, bei der alle anderen Methoden schon angewandt waren, wurde Krysolganbehandlung unterzogen in Zwischenräumen von 1—2 Wochen. Dosen beginnend mit 0,015 bis schließlich 0,75 g. Dauernd rheumatische Schmerzen infolge Behandlung. Nach 1½ Monaten völlige Heilung von Lupus eryth. Zugleich sind damit alte Tbc.-Beschwerden der Lungen verschwunden und Allgemeinstatus sehr gehoben. Auf Anfrage erwähnt *V.* noch, daß die stärkste von ihm gegebene Dosis 1,25 g betragen habe, wobei Vergiftungserscheinungen aufgetreten.

Gray: Recklinghausensche Krankheit ohne Tumoren. 8 jähriger Knabe mit Milchkaffeeflecken besonders am Hals, unregelmäßig scharf begrenzten braunen Flecken an Brust und Rücken in linearer Anordnung am rechten Arm, zahlreiche linsengroße Pigmentflecke, braun und schwarz, in Gesicht, Hals, Stamm und Beinen. Schleimhaut frei. Differentialdiagnostisch kämen in Frage Xeroderma pigmentosum und Addison. Vielleicht entständen später Tumoren. *Weber* glaubt gleichfalls an spätere Tumorenentwicklung, zur Zeit noch unvollständiger Recklinghausen. *Rolleston* erinnert an das Vorkommen der verschiedenen Formen von Recklinghausen in derselben Familie. *Whietfield* erinnert sich, daß vor Jahren eine Reihe von Recklinghausen geheilt sein soll nach Thyreoidin intern.

Parkes Weber: Fall von Angioma cavernosum (?) zur Diagnose. 21 jähriger Angestellter in Kleidergeschäft von zartem Körperbau zeigt seit

Digitized by Google

1 Jahr kleine, einzelne und gruppierte Hautläsionen an Ulnarseite des rechten Armes zwischen Handgelenk und Armmitte. Farbe rot, rotbraun und braun. Gruppen zu zwei und drei Läsionen, im Anfang leicht erhöhte erythemartige Papeln, die allmählich braun werden und zum Hautniveau absinken. Einzelne der größeren und brauneren Läsionen zeigen nadelspitzenscharfe Teleangiektasien. Keinerlei Beschwerden. Thyreoidea vergrößert, Anämie, leichte Albuminurie. Blutdruck 140. Sonst nichts Auffallendes außer Gefühllosigkeit im Rachen. Pirquet und Wa.R. negativ. Artefakt von *V.* ausgeschlossen, da solche Läsionen unmöglich absichtlich erzeugt werden könnten. Vielleicht Angioma serpiginosum? Aber ringförmige Anordnung fehle, daher auch wohl nicht Majocchi. Fall bleibt auch in Diskussion völlig ungeklärt.

Drake: Fall von Erythromelalgie (?) zur Diagnose. 58jährige Mutter von neun Kindern. Laparotomie vor 4 Jahren ergab chronische Pankreatitis. Jetzt Schmerzen und düster-blaurote Schwellung auf Fußrücken mit teilweisem Einschluß der Zehen. Kranker Fuß kälter als gesunder. Kein Ödem, aber träge Zirkulation. Zustand verschlimmert bei hängendem Fuß. Hyperästhesie und Druckschmerz. Kniereflexe normal. Pulsation der Art. dors. pedis fehlt. Femoralarterie beiderseits pulsiert normal. Blutdruck 190, Wa.R. negativ. Urin leichte Albuminurie und Eiterzellen. Haut an Armen ichthyotisch, Augenbrauen lateral dünn. Anscheinend verringerte Schilddrüsentätigkeit. *Weber* entscheidet sich für Erythromelalgie, die mit Verschlechterung der arteriellen Fußversorgung zusammenhinge infolge Thromboangiitis obliterans. Das käme häufig bei Jüdinnen vor. Die roten Schwellungen hält er für chronisch entzündlichen Tumor unklarer Art. *V.* glaubt in Erwiderung, daß auch neuritischer Prozeß vorliege.

Barber: Mycosis fungoides. 58jähriger Mann. Lues vor 40 Jahren. Beginn am Kinn unter starkem Jucken vor 6 Monaten. Jetzt überall infiltrierte schuppende Flecke, deren einige im Zentrum heile Haut zeigten, während andere ulzerierten. Alkoholist.

Barber: Benignes Lymphogranulom *(Schaumann).* 60jährige Frau mit sonst gutem Allgemeinbefinden bekam vor 10 Jahren Knoten um Enkel und soll schon damals lange vorher an „Erythema nodosum" gelitten haben, außer an Füßen auch an Händen, Abdomen und Hüften. Vor 3 Jahren „tuberkulöse Drüsen" chirurgisch aus Submaxillaris entfernt, andere erfolgreich mit Röntgen behandelt. Seit 1 Jahr Ischiasschmerzen rechts, worauf Knoten von Golfballgröße entfernt wurde, den Pathologe für Spindelzellensarkom hielt. Zweimal an gleicher Stelle Knotenrezidiv. Jetzt Diagnose auf benignes Lymphogranulom. Auf Handrücken glatte bläuliche Schwellungen, an anderen Stellen Knoten gleichfalls bläulicher Farbe und verschiedner Größe. Füße unter Knien geschwollen und ödematös. Brust und Abdomen nichts Abnormales, Milz unpalpabel. Urintraktus befallen von Baz. coli communis. Knochen bei Röntgendurchleuchtung ohne Rarifikation. Lungen frei. Pirquet auf menschliche und bovine Tbc. Wa.R. und Tbc.-Komplementfixation negativ.

Gray möchte an Hypodermsarkoid *(Darier)* denken, da dessen Läsionen alle im Unterhautfett begännen. Vielleicht könne man an richtige Tuberkulide denken. Hände sprächen für Lupus pernio, dagegen aber spräche die geringe Hautverdickung. *Barber* erwidert, daß einige der Schwellungen subkutane, andere kutane Sarkoide wären. Vielleicht handele es sich doch um Lupus pernio. Wenn *Schaumann* auch sage, daß subkutane Sarkoide Tuberkulide seien, die nichts mit dem benignen Lymphgranulom zu tun hätten, so meine

Digitized by Google

er (*V.*), daß man keine solche scharfe Linie ziehen könne zwischen einigen dieser Fälle.

Ingram: Keratosis pilaris. 40jähriger Mann hat wegen chron. Bronchitis zuerst 13 Vakzineinjektionen bekommen und später Kampferöleinreibung auf Brust. Während auf die Vakzineinjektionen eine allgemeine desquamative Dermatitis gefolgt war, stellten sich nach der Einreibung meistens an eingeriebener Stelle, aber auch sonst am Körper, allgemeine Ichthyosis mit follikulären Keratosen ein. Hand- und Fußteller Hyperkeratosen.

Ingram: Komedonen in Gruppen. 14 Monate alter Knabe mit pruppierten Komedonen auf Brust nach Einreibung mit Kampfer- und Eukalyptusöl. Also wohl Dermatitis venenata wahrscheinlich vom Kampferöl, das anstatt mit Olivenöl und natürlichem Kampfer oft mit Mineralöl und synthetischem Kampfer hergestellt werde. *Gray* rechnet mit der Möglichkeit, daß nur das Öl allein ursächlich in Frage komme. *Sequeira* hat solchen Fall auch nach Talg gesehen.

Mac Cormac: Fall zur Diagnose. Bei 52jährigem Mann aus Südafrika am Hinterhaupt zahlreiche halbkahle und kahle, narbige Hautstellen. Haarfollikel dort fast alle zerstört. Am Rande der Flecke viele Komedonen und einzelne follikuläre Stachel. Am Körper in verschiedenen Gruppen seit wenigen Wochen gleiche Komedonen und follikuläre Hornpfröpfe, entstanden unter Jucken. Differentialdiagnostisch: Follic. decalv. Lichen pl. und Lichen spinulosus. *Dowling* hat eine Patientin, ähnlich wie hier, bei der Diagnose auf Lichen plano-pilaris gestellt war, nach einem längeren Zeitraum auch mit Atrophie der Kopfhaut sich wieder vorstellen sehen.

Fox: Fall zur Diagnose. Fall gehört zu jenem von *Whietfield* hervorgehobenen, wo aus einer anscheinenden Pityriasis roses sich Lichen planus entwickelt. Wa.R. negativ.

Gray und *Goldsmith:* Fall zur Diagnose. *Boecks* Sarkoid (?). 44jährige Frau zeigt seit 5 Jahren unverändert jetzigen Zustand, der sich in verschiedenen scheibenförmigen, infiltrierten, braunroten Flecken der Stirn und Schläfen ankündet. Läsionen leicht transparent, leicht schuppend und etwas über Haut erhaben. Tbc. und Wa.R. neg. Intradermale Tuberkulinprobe mittelpositiv. Mikroskopisch fast nur Lymphozyten, sehr wenig epithelioide und Plasmazellen. Leukopenie. Lymphozyten 34 %, also leichte Lymphozytose. Röntgen zeigt keine Rarifikationen an Fingern und Zehen. Trotzdem klinisch *Boecks* Kutanes Sarkoid, spricht doch positive Tuberkulinprobe und Zellart der Läsionen dagegen. Lymphozyteninfiltrat zusammen mit Blutbefund weisen auf Leukämie. Dagegen spricht wieder Fehlen von Panadenitis, normale Größe von Leber und Milz. Lupus erythematodes scheidet auf Grund der Histologie aus. Natr. morrhuat. ohne Wirkung. *Barber* hat bei gleichem Fall histologisch Sarkoid von *Darier* selbst feststellen lassen, nicht Basalzellenkarzinom, wie anfangs von autoritativer Seite angenommen wurde.

Siegfried, Aachen.

Digitized by Google

Anhangsbericht zur Bonner Kongreß-Rede Kreibichs [1]).

Bevor wir uns der Wissenschaft widmen konnten, hatten wir eine traurige Pflicht zu erfüllen. Wir trugen die Lues zu Grabe. An der Spitze des Zuges ritt *Erich Hoffmann*, der letzte Spirochätenritter, in schwarzer Rüstung. Er führt das Leuchtbild der Pallida im Schilde. Leute behaupten, er führt immer etwas im Schilde. Matt leuchtet heute das Bild. Er reitet auf seinem weißen Lama. Dieses Lama war früher schwarz, eigentlich angeschwärzt worden, Luetiker zu sein. *Hoffmann* hat es rein gewaschen und ihm den Ehekonsens erteilt. Wie ich höre, wird das Lama demnächst einen *Laman* heiraten. Noch lahmt es auf einem Bein, von der letzten provokatorischen Myosalvarsaninjektion. Diese sind zwar nach der Versicherung ganz schmerzlos, aber man lahmt einige Zeit. Sonst ging es ganz gravitätisch einher, wendet von Zeit zu Zeit seinen Kopf nach rückwärts und spuckt aus Dankbarkeit seinem Retter, Ritter und Reiter ins Gesicht. Aber *Hoffmann* trug ein Visier, und dann ist auch sonst *Hoffmann* nicht der Mann, sich ins Gesicht spucken zu lassen, auch nicht aus Dankbarkeit. Da spuckt er schon lieber selbst, das hat er früher gekonnt, und die feinere Technik auf große Distanzen hat er jetzt vom Lama gelernt. Doch ist das vielleicht alles nicht wahr, sind nur Spuckgeschichten. — Hinter *Hoffmann* und Lama, diese beiden zeichnen die letzten Publikationen gemeinsam, etwa so wie *Buschke — Langer, Arzt — Kerl*, geht *Jadassohn*. Sein melancholischer Nietzsche-Bart ist auf „es ist erreicht" gedreht, denn er geht als Präsident der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Syphilis auf ihrem Begräbnis. An seiner Seite trägt er die historische Tasche. Gott der Herr schuf die Welt in 6 Tagen, am Sonntag ruhte er und schlief. Am Montag schuf er die Tasche *Jadassohns*, und am Dienstag konnte der erste Kongreß stattfinden. Daß er nicht stattfand, ist gewiß nicht *Jadassohns* Schuld. Als *Jadassohn* so im Zuge dahinging, flog ihm ein Fremdkörper — *Buckyus* irritans — ins rechte Auge, er vergoß links eine Träne — symmetrischer Reflex. Sein Sohn Werther sprach: „Papa, du weinst." „Nein, mein Sohn, ich bin nur etwas sensibilisiert, und dann habe ich sie eben sehr gut gekannt." „Wen?" „Die Verstorbene." Auf *Jadassohn* folgt der Präsident der Gesellschaft. Er trägt weißen Smoking, schwarzen Bart und starke Stimme, man trägt das so bei Luesleichen. *Bloch* und die Züricher erscheinen in schwarzem Dopa. *Mulzer*, geführt von drei Kaninchen, weinte heftig. *Touton* tröstet ihn. „Lieber Mulzer! Sie haben ja noch Ihre Kaninchen, was sollen wir sagen?!" — „Das trügt, lieber *Touton!*, das sind die letzten drei vom Stamme *Truffi*, und alle drei sind sterilisiert." Dann kam der Leichenwagen mit der letzten Pallida. Der Sarg bestand aus einer Mischung von Hg und Silbersalvarsan. Es war ihr Wunsch, sie hatte sich zeitlebens darin so wohl gefühlt. Gezogen wurde der Sarg von einem Elefanten — ursprünglich war es ein rachitischer Floh, aber *Ruete* hatte seine Nahrung bestrahlt, daher die Umwandlung. Zu beiden Seiten der Pallida gingen die letzten Paralytiker. Sie trugen Blumen in Faserkörben, die *Frieboes* geliefert hatte. Unmittelbar hinter dem Trauerwagen gingen die stärkst Leidtragenden, die Vertreter der chemischen Schwerindustrie, der alte *Meister Lucius* auf *Kolle* gestützt. Um beide ein leerer Raum. Feindselige Blicke und

[1]) Dem Wunsche mehrerer Kollegen, Herrn *Kreibichs* humorvolle Rede vom rheinischen Abend wieder gedruckt zu sehen, gebe ich auch diesmal statt und danke dem Herrn Verleger für sein freundliches Entgegenkommen.

Digitized by Google

Reden fliegen beide an. — „Ja, jetzt trauern sie, dabei haben sie es selbst am Gewissen. Jawohl, das ist eure Schuld. Ihr habt sie umgebracht." Darauf *Lucius* zu *Kolle:* „Hören Sie, *Kolle,* was sie sagen! Wir konnten doch nicht wissen, daß die Modifikationen des alten Salvarsans auch noch etwas nützen werden." Es folgten als weitere Leidtragende die Vertreter der vereinigten Wassermannwerke. Sie lieferten als Grabstein die letzten drei Plus-Kreuze; es folgte dann die lange Reihe der Dermatologen. Aus den Grabreden ging hervor, was man eben von Toten Nettes zu sagen weiß: „Sie war ein Kind der Liebe, sie war schmerzlos, sie war leicht zu behandeln. Es hätte nicht so weit mit ihr kommen müssen. 100% Abortivheilung hätte sie noch vertragen, aber 120% waren auch für sie zuviel." Dann trat *Delbanco,* bekanntlich ein sehr guter und warmer Sprecher, vor und sprach: „Lues! Jahrelang hast du unter uns gelebt und wir von dir; ich kann es nicht glauben, daß du von uns gegangen bist, du wirst wiederkommen, aufleben." — Bei diesen Worten geht ein Zittern durch den Sarg, die Pallida bewegt sich wieder, und der Zug bewegt sich in umgekehrter Richtung nach Hause. Voran reitet *Erich* der Große, der vorletzte Spirochätenritter, mit offenem Visier, hell leuchtet die Pallida im Leuchtbild des Schildes, das Lama ist wieder angeschwärzt und spuckt nach vorn auf *Delbanco,* der sich an die Spitze begeben hat. Der Präsident trägt jetzt schwarzen Smoking und weißen Bart, *Jadassohn* trägt wieder Nietzsche-Bart, und die Tasche auf der anderen Seite — Transfer. Die Paralytiker schwenken Weihrauch und Zinober in den Faserkörben von *Frieboes. Kolle* stützt sich auf *Lucius,* beide auf die Dividende. Aus dem Elefanten ist wieder ein Floh geworden, er hat den Sarg aufgefressen. Atrophie nach Hg-Ionen. *Bloch* und seine Leute gehen in Rongalitweiß. Die vereinigten Wassermannwerke nahmen ihre drei Plus-Kreuze wieder mit und waren sichtlich heiter, nicht nach außen, wohl aber nach innen. So auch viele andere. Die Stimmung war eine gehobene, und man folgte gern der Einladung *Hoffmanns,* der in der Arena zu Pferd an mehreren Tieren den Okzipitalstich vornahm. Es war herrlich, wie der Mann das machte. Die Damen am Balkone rasten vor Begeisterung und warfen ihm Kußhände, Blumen und Geschmeide zu. Aus letzterem wurde, soweit es echt war, ein Preis gestiftet für die beste Beantwortung der Frage: „Kann *Hoffmanns* Syphiliskur noch verstärkt werden?" Die Wassermannwerke stifteten Lamaliquor, dem fleißig zugesprochen wurde, und so konnte endlich zur wissenschaftlichen Sitzung geschritten werden. Wir schlugen unsere neuen Handbücher auf und sangen. *Springer* dirigierte. Wir sangen die Dermatologen-Hymne: „Unser aller Quell, bist du, das Fell." Wir sangen weiter: „Lues sanft." „Mach kein Hokuspokus — Gonokokkus (Polka)." Jeder sang aus einem anderen Band oder Halbband, es war ein Kanon.

Hoffmann eröffnet die Sitzung, legt einen Revolver auf den Tisch und verkündet die Vortragsordnung. Redezeit 2 Minuten. Nach der ersten Minute Streifschuß, nach der zweiten Kopfschuß. Die Redner faßten sich deshalb kurz, in Vier- oder Zweizeiler. Hier der Bericht:

Grebe, Bonn: Du (abgekürzte Form für „Meine Damen und Herren").
Du!
Nimm Halbwertschicht in Cu,
nimm R pro H = 46·9,
doch das Honorar treib ein;
in Sabauroud
sei froh: Es macht 413.

Digitized by Google

Klövekorn, Arzt, Fuhs, Kirsch, Scholtz, Ullmann, Gabriel sangen im Doppelquartett das Buckylied:

Es bleibt uns keine Wahl,
herrlich ist dein Strahl;
ein Glück für Mensch und Vieh
ist Bucky, Buckyli.

Das Lied ist ja nicht gerade sehr geistreich, aber von mehreren gesungen macht es sich recht gut.

Asta von Mallinckrodt: Das Beste für Pilze ist Harmansülze.
Diskussionsbemerkung: Warum so grausam, Asta?
Meirowsky, Köln (prachtvoll kurze Diktion): Thorium hilft nix, schadt nix.
Oelze: Bist asthmatisch, mach Lumbalpunktion halbautomatisch.
Eicke, Berlin: Lumbalpunktion ohne Wunde — Sprechstunde.
Wagner, Prag: Fieber noch so hoch, Lues doch.
Hoffmann: Trefflich ist Resultat zu nennen,
wenn Kranke durch drei Kuren rennen.

Schreus, „Napp": Ist die Kur nicht maximal,
Pallida ist überall.
Diskussion: Und das Honorar ist minimal.

Vonkennel, München: Malaria macht permeabel,
von oben bis zum Nabel.

Diskussion Galewsky: Nabelabwärts ziehe heran Testogan.

Memmelsheimer: Im Lichen ist Arsensulfid.
Bruck, Altona: Gib Spirozid!
} Beispiel einer gereimten Junctimpublikation.

Heuck: Bei Fluor Malaria ist gut, wenn man sonst noch fest behandeln tut.

Loeb: Gonokokken sitzen in Nischen,
daher die Vakzinen zu mischen.

Bettmann: Ich schnitt es gern in jede Kutis ein.
Diskussion: „Bereits bekannt". *Bettmann Schlußwort:* Aber nicht für die Kutis.

Jeßner-Hoffmann: Auf keinem Tische fehl
das Retikuloendothel.

Oskar Gans: Meinen Resultaten ist es zu danken,
daß Frühjahr und Herbst wir schwanken.

Poehlmann, München: Ich bin so froh,
Psoriasis hat Gruppe O.

Stümpke (junctim. Nebensächlich ist die Konstitution,
mit *Beck* und *Lang):* Behandle stets das H-Ion.
Schmidt, La Baume: Elastisch sehr die Kutis ist,
wenn man sie in Frankfurt mißt.

Brill, Jena: Was ich nicht weiß,
riech ich im Schweiß.
Schreus: Jucken vergehet meist, wenn du Soda speist.
Rost: Lieblich ist ohne Allergen die Kammer.
Diskussion: Allein? *Rost, Schlußwort:* Nein, zu zweit, du Chammer!
(Streifschuß wegen Ausdruck „Chammer".)

Digitized by Google

Stein, Wien: Weg die Falte, die alte,
mit Läppchen fein, spannt der Stein
dir das Gesicht, du alter Wicht,
falls du eitel, bis Ohren stehen am Scheitel.

Da infolge des genossenen Lamaliquors eine allgemeine Spuckerei einsetzte, schießt *Hoffmann* mit dem Revolver den Luster herab und schließt den Kongreß.

Periodische Literatur.

Zusammengestellt von Dr. *Arthur Alexander* in Charlottenburg.

Dermatologie. Radiologie.

Therapie.

W. Schultze-Gießen: **Erfahrungen bei der Anwendung der Diathermie, besonders der chirurgischen Diathermie in der Dermatologie.** D. W. Bd. 83. Nr. 42. 1926.

Verf. betont, daß im allgemeinen die Diathermie, besonders in der Form der Elektrokoagulation in der Dermatologie noch bei weitem nicht die Rolle spielt, die ihr nach den günstigen Erfolgen zukommt. Er beschreibt eingehend die Technik der Apparate und die Methoden, die gute Resultate geben. Ein Vorteil ist, daß die Behandlung fast stets ambulant durchgeführt werden kann, und daß es nur bei großen Flächen erforderlich ist eine Lokalanästhesie anzuwenden. Die kosmetischen Erfolge sind meist recht günstig, besonders, da man die Operation ruhig in mehreren Sitzungen vornehmen kann. Die Nachbehandlung ist ebenfalls sehr einfach. Als Indikationsgebiet kommen in Frage alle Hautkarzinome, andere epitheliale Wucherungen, Hämangiome, Lymphangiome, Tbc. verrucosa usw. Die genaue Technik bei den einzelnen Krankheiten muß im Original nachgelesen werden. *Krüger*-Sagan.

H. Lewin (Hamburg): **Die ultravioletten Strahlen in der medizinischen Diagnostik.** Derm. Woch. Bd. 82. Nr. 25. 1926.

Die Untersuchungen wurden mit dem Diagnosenansatz für die künstliche Höhensonne, der von der Quarzlampengesellschaft hergestellt wird, vorgenommen. Dabei zeigte sich, daß man im ultravioletten Licht Ekzeme noch erkennt, wenn bei normalem Tageslicht die Stellen den Eindruck der völligen Abheilung machen. Selbst Veränderungen der Haut, die sich schon vor einer langen Reihe von Jahren abgespielt haben, sind in diesem Licht noch wahrnehmbar. Dadurch gewinnt man die Möglichkeit, das ist in prognostischer Beziehung von Wichtigkeit, entscheiden zu können, ob ein Ekzem schon restlos ausgeheilt ist oder nicht. Ebenso sind auch Pigmentationen nach therapeutischen Röntgenbestrahlungen feststellbar, die einem sonst entgehen und für die Entscheidung einer Wiederholung der Bestrahlungsserie von Einfluß sind. Jedenfalls für die Dermatologie ist der Diagnosenansatz eine Bereicherung des diagnostischen Rüstzeuges. *Krüger*-Sagan.

Digitized by Google

Wilhelm Frei-Breslau: **Lokale urtikarielle Hautreaktion auf Sonnenlicht.** A. f. D. 149. S. 124.

Bei einem Mann mit sonst gesunder Haut und ohne Neigung zu Urtikaria traten schon bei geringer Sonnen- oder Quarzlampenbestrahlung lokale urtikarielle Reaktionen auf. Und zwar waren die wirksamen Strahlen im kurzwelligen Teil des sichtbaren, oder im langwelligen Teil des ultravioletten Spektralgebietes zu suchen. Bei Wiederholung zeigte sich Gewöhnung, die sich auf die wechselseitige Anwendung von Sonnen- und Quarzlampenlicht erstreckte, gegenüber anderen quaddelbildenden Reizen aber nicht einzutreten schien. Porphyrin war nicht nachweisbar.

Hopf-Hamburg.

C. G. Lane: **Ultraviolet light in the treatment of Roentgen-ray teleangiektases. (Ultraviolettlicht zur Behandlung der Teleangiektasien nach Röntgenbestrahlung.)** Arch. of Derm. and Syph. Bd. 13. H. 2. Febr. 1926.

Eine Röntgenverbrennung mit Atrophien, Pigmentierungen und Teleangiektasien auf der Brust und am Hals wurde 3 Jahre lang mit der Kromayer-Quarzlampe bestrahlt, und zwar so, daß auf kleine Hautbezirke alle 6 Wochen ein Erythem mit Blasenbildung gesetzt wurde. Guter Rückgang der Teleangiektasien, keine Beeinflussung der Atrophien und Pigmentbildung. *G. H. Klövekorn*-Bonn.

Walter Schultze: **Untersuchungen über das Verhalten der Haut gegenüber Strahlen des sichtbaren Spektralgebietes.** M. m. W. Nr. 23. 1926.

Um der Frage nachzugehen, wie sich die Haut im sichtbaren Spektralgebiet verhält, versuchte der Verf. die Absorption und Reflexion für dieses Gebiet an der lebenden Haut zu bestimmen. Es wurden für diese Versuche Personen mit normaler Haut ausgesucht, und unter gleichen Versuchsbedingungen wurde die Haut von jüngeren und älteren, von blonden und brünetten Menschen untersucht. Es ergab sich, daß die pigmentierte Haut im Durchschnitt 15—20% weniger reflektiert, d. h. die pigmentierte Haut absorbiert mehr. Es fanden sich ferner bei den verschiedenen Hauttypen Unterschiede in der Oberflächenbeschaffenheit, bei Pigmentierten ist das Hautrelief erhöht und besitzt tiefere Furchungen, wodurch eine wesentlich vergrößerte Körperoberfläche resultiert. Bei stärkerem Fettgehalt erhöht sich vor allem die Reflexion im langwelligen Teil des Spektrums. Lichtentwöhnte Stellen, die als blaß erscheinen, zeigen gegenüber den ständig belichteten Stellen eine erhöhte Reflexion. Je lichtgewöhnter eine Hautstelle ist, um so mehr absorbiert sie. Das Maximum der Reflexion liegt im Bereich der Wellenlängen zwischen 725 μ und 650 $\mu\mu$, d. h. im Rot und Orange, das Minimum im Bereich des Gelb-Grün bei einer Wellenlänge von 550 $\mu\mu$. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

Hans Malten: **Gehäufte Strahlenwirkung.** M. m. W. Nr. 20. 1926.

Bei einem wegen Blasentuberkulose mit einer Röntgendosis von nur $^3/_4$ HED. bestrahlten Patienten bildete sich am oberen Rande des bestrahlten Gebietes, der unbedeckt intensiver Sonnenbestrahlung im Sonnenbade ausgesetzt wurde, ein ca. 1 cm tiefes Ulkus. Es ergibt sich praktisch daraus die Notwendigkeit, bei gleichzeitiger Anwendung von Röntgen- und Lichtstrahlen streng darauf zu achten, daß keine Überdeckung der Wirkungsfelder stattfindet. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

Digitized by Google

H. Th. Schreus-Düsseldorf: **Herpes zoster nach Röntgenbestrahlung.** D. W. Bd. 83. Nr. 44.

Bei einem Kinde, das wegen Hodkinschem Granulom an den Drüsenpaketen am Hals und an der Milz mehrere Röntgenbestrahlungen erhalten hatte, trat etwa 40 Tage nach der letzten Bestrahlung im Bereich des zweiten und dritten Zervikalganglions ein Herpes zoster auf. Zosterfälle nach Röntgenbestrahlungen sind bisher noch nicht beschrieben worden und es ist nicht anzunehmen, daß es sich um direkte Strahlenschädigung der betreffenden Ganglien handelt, sondern vielmehr hat wohl die Bestrahlung mit ihrer auftretenden Hyperämie als Locus minoris resistentiae für die Ansiedlung des Zostervirus gewirkt. *Krüger*-Sagan.

Schönhof: **Über die Entstehung von Röntgenschädigungen außerhalb des Bestrahlungsfeldes.** M. Kl. 1926, 42.

Verf. bringt einige Fälle, die zu äußerster Vorsicht mahnen. Einmal Verbrennung der Brustgegend bei Bestrahlung des Unterleibes, einmal Epilation der Schläfengegend bei Rückenbestrahlung. Andere Fälle sind berichtet, wie Haarausfall am Hinterkopf nach Bestrahlung von Rektumkarzinom, eine Dermatitis des r. Oberlides mit Epilation der Augenbrauen und späteren Gefäßektasien nach Bestrahlung von Mammakarzinom und schließlich gleichfalls nach solcher Bestrahlung sogar Verbrennung der l. Gesichtshälfte und entsprechenden Auges mit späterem Verlust desselben (*Halberstädter*). Die nicht vorausgesehenen schädigenden Röntgenstrahlen irrten durch den Schlitz des Röntgenkorbes da, wo Röhrenhals lag. Auch bei Glühkathoden muß man daran denken, daß Röntgenstrahlen von der Glühkathode nach allen Seiten, auch nach der Rückseite ausstrahlten. *Siegfried*-Aachen.

Fabry: **Entstehung und Entfernung der oberflächlichen Gefäßektasien nach Röntgen- und Radium-Mesothoriumbestrahlungen.** M. Kl. 1926, 37.

Gegen die gefürchteten Gefäßektasien, besonders nach Bestrahlungen, empfiehlt Verf. sein neues Verfahren: Anästhesierung mit Novokainadrenalinlösung. Armierung des Galvanokautergriffes mit dem sogenannten indirekten Brenner, der zu einer feinsten nadelförmigen Spitze ausgezogen ist (*Reiniger, Gebbert* und *Schall*). Die Spitze soll gerade nur eben rotglühend sein. Die einzelnen Gefäße werden nur in Zwischenräumen getroffen, nirgends kontinuierlich. Damit erzielt man gute Verödung und vermeidet Narbenbildung. Zur Nachbehandlung Puderverband von: Acid. boric. und Acid. salicylic. aa. 2,0, Talc. pulv. 16,0. Verf. rät im Jahre höchstens nur eine volle Erythemdosis zu geben, im übrigen aber mit Röntgenbehandlungen, wo sie sich vermeiden lassen, sparsamer zu sein. *Siegfried*-Aachen.

Gordon B. Underwood: **Röntgenbehandlung der Pellagra.** The Urol. a. Cut. review 1926. Bd. 30. Nr. 4. S. 197.

Nach vier Bestrahlungen von je $^1/_3$ H.E.D. mit wöchentlichem Abstand waren die Hauterscheinungen bei einem Fall abgeheilt, bei gleichzeitiger strenger Diät. *August Simon*-Bonn.

Curth: **Über Röntgenbestrahlungen von Bubonen.** M. Kl. 1926, 43.

Nach der Empfehlung obiger Behandlung durch *Heidenhain* und *Fried* hat Verf. an einem klinischen Material, das also meist schwere Fälle betraf, die Röntgenbehandlung an 60 ein- und doppelseitigen Bubonen

Digitized by Google

durchgeführt. Die Noxe war meist Unna-Ducreyscher Bazillus. Aufhören der Schmerzen in wenigen Stunden, bzw. nach 24 Stunden. Bei tiefen phlegmonösen Formen manchmal Rezidiv. Schankröswerden der Wundränder niemals. Brettharte Infiltrate erweichten in wenigen Tagen. Schon indizierte Fälle vernarbten in 4—7 Tagen, manche aber erst in 2—3 Wochen. Mischinfizierte Bubonen (Lues + Ulc. molle) reagierten schlecht. Schon stichinzidierte Bubonen zeigten langsameren Bestrahlungseffekt. Sehr günstig Röntgen auch bei Furunkeln mit schnellem Schwinden des Schmerzes. Appliziert milde Dosen: $^1/_5$—$^1/_4$ H.E.D. bei 3 mm Aluminium. Ob proteolytische Fermente gebildet werden (*Heidenhain* und *Fried*), ob die strahlungsempfindlichen Leuko- und Lymphozyten zerstört werden (Pordes), wodurch Zirkulation gebessert wird, ob durch beträchtlichen Zerfall weißer Blutkörperchen Immunkörper angereichert werden, läßt Verf. unentschieden. *Siegfried*-Aachen.

O. Manheimer-New York: **Buckys Methode zur Rationalisierung der Röntgenoberflächentherapie.** D. W. Bd. 83. Nr. 33. 1926.

Im Gegensatz zur heute üblichen Hautröntgentherapie stellt *Bucky* die These auf, daß alle Strahlen, die die Haut durchdringen, also nicht von der Haut absorbiert werden, mehr oder weniger zwecklos sind. Alle Strahlen, die im Gewebe unter Haut absorbiert werden, sind schädlich. Je größer die Absorption einer Strahlenart in der Haut ist, desto kleiner kann die einfallende Energie sein. Zu diesen Forderungen stehen die heute meist verwandten Strahlenqualitäten im Gegensatz, da bei diesen etwa 25% und bei Verwendung von Metallfiltern nur 5% von der Haut absorbiert werden. Die Röntgenverbrennung der Haut ist ungefährlich, wenn eine völlige Regeneration wieder eintritt. Diese ist aber immer zu erzielen, wenn das stratum germinativum funktionstüchtig bleibt. *Bucky* arbeitet mit Strahlen, die mit einer durchschnittlichen Spannung von 9 Kilovolt erzeugt werden. Die Messung der Strahlenqualität ergab eine durchschnittliche Halbwertschicht von 0,0325 mmAl. und 0,2 mm Wasser. Die Strahlen werden erzegut mit einer Spezialröhre mit Lindemann-Fenster. Ebenfalls ist bei der Apparatur auf ständiges Erhaltenbleiben einer konstanten Spannung Wert zu legen, da schon geringe Differenzen die Strahlenqualität stark beeinflussen. Bei der Anwendung dieser Strahlenart tritt evtl. schon bei der Bestrahlung, sonst nach einer Latenzzeit von 0—8 Tagen ein Erythem auf, das aber nicht mit dem sogenannten Früherythem verwechselt werden darf. Es ist schmerzlos und führt nicht zur Epilation. Bei größeren Dosen kommt es dann auch zur Blasenbildung. Die Abheilung verläuft immer ad integrum. Der Erfolg ist bei den meisten Hauterkrankungen günstiger als mit der alten Methode. Außer der Reaktion auf der Haut beeinflußt diese Art der Röntgenbestrahlung die inneren Organe, besonders über das autonome Nervensystem Organe des Splanchnikusgebietes (Ulcus ventriculi). *Krüger*-Sagan.

H. H. Hazen and *L. C. Milstead*: **Epilation in mice as a biological standard for determining Roentgen-ray dosage. Prel. comm. (Die Epilation bei Mäusen als biologische Röntgenstrahlendosis.)** Arch. of Derm. and Syph. Bd. 13. H. 2. Febr. 1926.

Die Röntgenepilationsdosis bei jungen Mäusen ist konstant; sie beträgt (ungefiltert) das sechsfache der menschlichen Epilationsdosis; bei Radium das zweifache. *G. H. Klövekorn*-Bonn.

Digitized by Google

Halipsky und *F. Abramowitsch:* **Zur Behandlung der Schuppenflechte mittels Thymusbestrahlung.** Venerologia u. Dermatologia 1926. Nr. 4.

In 21,6% der von den Verff. noch der Methode von *Brock* behandelten Fälle von Psoriasis vulg. erzielten sie bedeutende Besserungen. Es handelte sich in letzteren Fällen meist um frische Psor. vulg. *A. Jordan*-Moskau.

Dermatologie.

Allgemeine Pathologie. Pathologische Anatomie. Bakteriologie.

G. Borger und *H. Groll:* **Die individuellen Schwankungen der Sauerstoffatmung des überlebenden normalen und entzündeten Gewebes.** Krankheitsforschung III. S. 443. 1926.

Die Untersuchungen lassen die Annahme berechtigt erscheinen, daß die bekannten individuellen Verschiedenheiten im Ablauf von Entzündungen nicht nur auf die Intensität des Reizes und auf die gewebliche Beschaffenheit des betroffenen Organs zurückzuführen sind, sondern daß auch die wechselnde individuelle Atmungstätigkeit des Gewebes mit beitragen kann zum wechselnden Verlauf der Entzündung. Die größere oder geringere Atmungstätigkeit des Gewebes ist vielleicht auch eine der Ursachen für die wechselnde individuelle Entzündungs- und Krankheitsbereitschaft.

Memmesheimer-Bonn.

B. Lipschütz-Wieden: **Über die Begriffsbestimmung und Rolle der „Zentrozyten" bei einer Gruppe entzündlicher Hautkrankheiten.** Beitrag zur Kenntnis der Pathologie des Mikrozentrums. D. W. Bd. 83. Nr. 41. 1926.

Verf. berichtet über Veränderungen, die er beim histologischen Studium von Hautkrankheiten beobachtet hat und die sich in einem Teil der Zelle abspielen, den man das Mikrozentrum nennt. Dabei handelt es sich um kleinste und größere, in bestimmter Weise intensiv färbbare, oft im Verbande im Zytoplasma neben dem Kern gelagerte Körperchen. Veränderungen an dem Mikrozentrum konnte er feststellen bei Pityriasis rosea, Lichen ruber planus und Masern, selten auch bei Psoriasis, Seborrhoiden. Bei den Hautkrankheiten handelt es sich wohl um Krankheiten, die man neben den Masern in der neueren Zeit als Infektionskrankheiten ansprechen zu können glaubt, ohne dafür einen sicheren Beweis erbracht zu haben. Die beobachteten Veränderungen am Mikrozentrum stellen also eine Reaktion desselben auf ein wahrscheinlich vorhandenes dermotropes Virus dar, während bei den Warzen und spitzen Kondylomen im Gegensatz dazu infolge der Befunde an den Zellkernen ein nukleotropes Virus anzunehmen ist.

Krüger-Sagan.

Luger und *Lauda:* **Über oxychromatische Veränderungen am Zellkern.** (Auf Grund von Untersuchungen von Herpes simplex, Zoster, Varizellen, Variola und Karpfenpocke.) M. Kl. 26, 12 u. 13.

Verff. haben in sehr langwieriger Arbeit an Zellen obiger Krankheiten das Problem der oxychromatischen Degeneration der Zelle verfolgt, vor allem kam es ihnen wohl darauf an, festzustellen, ob die von *Lipschütz* behauptete Virusbeschaffenheit der in der azidophilen Substanz des degenerierenden Kernes sich zeigenden Körnchengebildes als solche zu Recht bestehe, dann aber auch, ob Unterschiede in der Bildungsform der Körper-

Digitized by Google

chen der azidophilen Substanz eine Trennung dieser je nach Herkunft der Zellen rechtfertige. Sie kommen am Schluß ihrer minutiös angegebenen Verfahren zu dem Ergebnis, daß es sich um einen destruktiven, degenerativen Prozeß eigner Art handele (oxychromatische Degeneration), welcher keine Beziehungen zu den als Einschlußkörpern bezeichneten Gebilden aufweist. *Siegfried*-Aachen.

A. Eliassow-Frankfurt a. M.: **Cholesterinstoffwechsel und Haarwuchs.** D. W. Bd. 83. Nr. 40. 1926.

Auf Grund von Tierexperimenten hatte sich ergeben, daß es möglich ist, durch lokale Applikation von Cholesterin einen schnelleren und besseren Haarwuchs zu erzielen. Cholesterin wird normalerweise von den Talgdrüsen in geringen Mengen ausgeschieden, und der Haarwuchs steht sehr wahrscheinlich mit dieser Cholesterinausscheidung im Zusammenhang. Behandelt wurde vorläufig fast nur Alopecia prämatura und pityrodes. Schwierig war es, das Cholesterin in geeigneter Form zu applizieren, hauptsächlich wurde das Präparat „Trilysin" der Fa. Passek und Wolf in Hamburg angewandt. Die Erfolge damit waren recht gut, soweit sich bei diesen Erkrankungen ein objektives Urteil gewinnen läßt. Subjektiv wurde fast allgemein eine Besserung festgestellt, schon nach etwa 14 tägiger Anwendung. *Krüger*-Sagan.

E. Klopstock-Berlin: **Atmung und Glykolyse der Haut und ihre Beeinflussung durch Hormone.** D. W. Bd. 83. Nr. 40. 1926.

Nachdem schon in früheren Arbeiten über Untersuchungen berichtet worden ist, die zeigten, daß beim Stoffwechsel der Haut Enzyme und Fermente wirksam sind, wurde jetzt der Nachweis der Glykolyse und der Atmung geführt. Als Methode wurde die von *Warburg* für Karzinomzellen ausgearbeitete Versuchsanordnung angewandt, und dabei wurden beide Vorgänge einwandfrei und regelmäßig festgestellt. Abhängig ist der Prozeß von der Größe und Stärke des Epithelanteiles des untersuchten Hautstückchen. Ferner konnte festgestellt werden, daß die verschiedenen Inkrete einen Einfluß auf den Ablauf des Stoffwechsels der lebenden Zellen haben. Auf die Atmung hemmend wirkt Insulin und Hypophysin, beschleunigend Ovoglandol, Testiglandol und Thyreoglandol. Keinen Einfluß auf die Glykolyse hat Insulin und Ovoglandol, die übrigen Inkrete wirken hemmend. *Krüger*-Sagan.

C. Edward Rosenow: **Experimentelle und klinische Studien über Herdinfektion und elektive Lokalisation.** Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde 1924, 4.

Dieses Referat behandelt ein Gebiet, das auch für Dermatologen mehr und mehr aktuell wird nach dem Vorgange amerikanischer und englischer Dermatologen, in deren Veröffentlichungen und Vorstellungen so oft von einem „Focus" die Rede ist. Tonsillen und Zähne besonders bergen oft symptomlose Infektionsherde, von denen aus in erster Linie Pneumo- und Streptokokken mit besonderen selektiven Eigenschaften in die Blutbahn eindringen, um spezifische Organerkrankungen, je nach ihren besonderen selektiven Eigenschaften, hervorzurufen. Der kausale Zusammenhang von Organismen aus jenen Herden mit septischer Endokarditis, allen Formen des Rheumas, Magengeschwüren, Iritis, Appendizitis usw. ist durch Verimpfung obiger Organismen aus ihren Foeis erwiesen. Ja, es ist

Digitized by Google

sogar gelungen, bei Kaninchen Onychie mit Streptokokken aus fokalen Herden von Patienten mit multipler Onychie zu erzeugen durch intravenöse Verimpfung. Besonders wuchern jene Organismen am apikalen Ende sonst lege artis wurzelgefüllter Zähne, denen man bei ihrer Symptomelosigkeit auch im Röntgenbild nichts Abnormes ansieht. Wuchern die Organismen anaërob, dann behalten sie ihre selektiven Eigenschaften bei, während diese bei geringerem Sauerstoffdruck vermindert, bei aërober Züchtung aufgehoben sind. Es gelang dem Verf., auch Organismen der Pneumokokkus-Streptokokkusgruppe, aus fokalen Herden entnommen, durch Verimpfung ins Gehirn neurotrop zu machen, so daß mit ihnen Enzephalitis, Torticollis spastica usw. mittels intravenöser Verimpfung zu erzielen war. Zwei beigegebene Tabellen geben eine überraschende Übersicht über die selektive Wirkung der Stämme obiger Organismen, die fast wie ein Wunder anmuten. Beigegebene Krankengeschichten geben Beispiele für schnelle Heilung allerlei innerer Leiden, wenn es glückte, den richtigen Fokus unschädlich zu machen. Es ist möglich, daß die ganze konservierende Zahnheilkunde andere Bahnen wird gehen müssen, wie aus einem weiteren Vortrag derselben Nummer von *Georg Rosenow*, Königsberg, fast hervorzugehen scheint (Seite 403). Da die Abhängigkeit von Herpes zoster und Erythema nodosum von vorhandenen Focis erwiesen ist, liegt auch für den Dermatologen durchaus die Notwendigkeit vor, bei ätiologisch rätselhaften Dermatosen wenigstens versuchsweise innig mit dem Zahnarzt zusammenzugehen, wie es amerikanische und englische Ärzte schon längst gewohnheitsmäßig tun. Man braucht dabei ja noch lange nicht in den Radikalismus mancher amerikanischer Kreise zu geraten, die alle nicht intakten Zähne grundsätzlich entfernt wissen wollen, das um so weniger, als auch noch die Alveolarhöhle extrahierter Zähne fokusgefährlich bleiben kann. *Siegfried*-Aachen.

Ruth Tunnicliff, M. S.: **Streptokokkus of Scarlet Fever (Scharlachstreptokokken.)** Chicago Derm. Americ. Med. Ass. 1926. Vol. 87. Nr. 9.

Bei den vom Verf. angestellten Agglutinationsversuchen mit Scharlachstreptokokken gelangte menschliches Rekonvaleszentenserum nach Kaninchenimmunserum zur Verwendung. Da verdünntes Menschenserum leicht die antitoxische Wirkung verliert, wurde hauptsächlich unverdünntes Serum benutzt. Alle Rekonvaleszentenseren (14) agglutinierten 25 verschiedene gesammelte Streptokokkenstämme. Außerdem gelangten einzelne zweifelhafte Stämme, z. B. die von einer Tonsillitis bzw. Pharyngitis zur Agglutination. Das Kaninchenimmunserum agglutinierte 16 hämolytische Streptokokkenstämme, die alle von Scharlachkranken herrührten, dagegen blieben 22 hämolytische Streptokokkenstämme von nicht scharlachkranken Patienten unverändert. Zur Schnelldiagnose empfiehlt Verf. die Anwendung des Opsonienversuchs. Auch hierbei erzielte sie günstige Resultate. Nachprüfung der letzteren mit Agglutinationsversuchen zeigten übereinstimmende Ergebnisse. *Röntz*-Bonn.

Ruth Tunnicliff, M. D. und *Ruth E. Taylor*, M. D.: **Skin Tests in Measles. (Hautimpfungen bei Masern.)** Chicago. Journ. Americ. Med. Ass. 1926. Vol. 87. Nr. 11.

Während *Punnicliff* in einer früheren Arbeit Impfungen mit Gründiplokokkenextrakt (intrazelluläres Toxin) ausführlich beschrieben hat,

Digitized by Google

berichtet sie jetzt gemeinsam mit Taylor über Impfungen mit Grün-Diplokokkenextrakt, der ein extrazelluläres Toxin enthält. In 50% aller Fälle mit negativer Masernanamnese zeigte sich ein positives Resultat. Trotz alledem hält Verf. das intrazelluläre Toxin besser zu Impfzwecken geeignet, da die Resultate bei letzteren im allgemeinen durchlässiger sind.

Röntz-Bonn.

Pulay: **Überempfindlichkeit und Elektrolytwirkung.** M. K. 1926, 36.

Zum Zustandekommen einer Überempfindlichkeit, wie man sie bei Ekzemen und Urtikaria als bestehend ansehen muß, gehört das Zusammenwirken von Elektrolyten, vegetativem System und endo- resp. exogenen Giften. Es gibt Gifte, wie Digitalis, die nur bei Gegenwart von Kalzium und andere, die nur bei Kaliumgegenwart zur Entfaltung kommen, wie z. B. Arsen oder Chinin. Somit gibt es zwei Giftgruppen: Zur Kalziumgruppe gehören außer Digitalis noch Adrenalin, Cholestearin, sie alle wirken sympathikotonisch, zur Kaliumgruppe zählen Lezithin, Pilokarpin, Physostigmin, Thymushormon, diese letzteren sensibilisieren die Zelle für vagale Reize. Somit können wir sagen, daß an Kalzium reiche Zellen gegen sympathische Reize überempfindlich sind, an Kalium reiche gegen vagale Reize. Es kann also je nachdem zu einer Überempfindlichkeit des Sympathikus oder des Vagus kommen, was für die Dermatopathologie von großer Wichtigkeit ist. Aber auch schon das Verhältnis von K zu Ca kann, wenn verschoben, zu Hautstörungen führen, wie Untersuchungen des Verf. über den Mineralbestand des Blutes ergaben. Bei den verschiedensten Dermatosen ließen sich Störungen im Elektrolytgleichgewicht, die sich auf Ca, K, Na und Mg im Blut bezogen, festgestellt werden. Hier wäre also ein Weg für therapeutische Maßnahmen gegeben, indem man den K-Spiegel oder den Ca-Spiegel des Blutes, je nachdem, bis zur Norm erniedrigte, denn es besteht eine Beziehung zwischen der Überempfindlichkeit der Haut gegen K-Gifte wie As und Chinin oder Ca-Gifte wie Kokain und Adrenalin und dem Kalium- oder Ca-Spiegel des Blutes. „Es hängt also die Überempfindlichkeit der Haut zusammen letzten Endes mit der funktionellen Bereitschaft des vegetativen Systems. Der Weg geht über das Elektrolytsystem." *Siegfried*-Aachen.

Fr. Kauffmann: **Die örtlich-entzündliche Reaktionsform als Ausdruck allergischer Zustände.** III. Mitteilung. Krankheitsforschung III, S. 263.

In einer 3. Mitteilung faßt *K.* die Ergebnisse seiner Versuche über das Zellbild der Kantharidenblase zusammen. Die Zusammenfassung zeigt, daß die Veränderlichkeit der zellulären Vorgänge in der Haut ein außerordentlich interessantes biologisches Phänomen darstellt. Nicht nur bei vielen Krankheitszuständen, sondern auch während der Menstruation und nach gewöhnlichen Hautreizen wie nach einem Jodanstrich lassen sich Veränderungen feststellen, die allein in der Haut gelegen sind und häufig keine Beziehungen zum weißen Blutbild haben. Auch diese Versuche zeigen, daß im menschlichen Organismus die Hautgefäße bei allgemeinen Krankheitszuständen mehr beansprucht werden, als bisher angenommen wurde. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

Memmesheimer-Bonn.

Digitized by Google

H. Fischer-Köln: **Zur Frage der Bedeutung abnormer Hautdrüsensekrete für das pathologische Geschehen auf der Haut (Ausscheidungsdermatosen).** D. W. Bd. 82. Nr. 24. 1926.

Durch enterale oder parenterale Zuführung von Scharlachrot und Sudan in Olivenöl mit Lezithin und Kephalin gelingt es bei bestimmter Versuchsanordnung, diese Stoffe mit dem Hautdrüsensekret zur Ausscheidung zu bringen. Diese Stoffe sind imstande, Veränderungen am Epithel der Follikel und der Oberfläche hervorzurufen, die bestehen in Wucherung der Epithelien des Follikels und der Drüse, Erweiterung der Follikel und Anfüllung derselben mit hornigen Massen, entzündlichen Veränderungen der dem Follikel und Retekegel benachbarten Gefäße. Analoge Verhältnisse finden sich bei den verschiedenen Dermatosen, die in der Hauptsache die Epidermis betreffen. Sie sind wohl demnach als Veränderungen aufzufassen, die durch pathologisch verändertes Drüsensekret hervorgerufen sind. *Krüger*-Sagan.

Walter Großmann: **Über die Bedeutung regionärer Stoffwechselstörungen für die Entstehung des varikösen Komplexes.** M. m. W. Nr. 35. 1926.

Über die Bedeutung von regionären Stoffwechselstörungen für die Ätiologie der Krampfadern läßt sich nach den bisherigen Untersuchungen des Verf. noch nichts Entscheidendes sagen. Die Untersuchungen sollen fortgesetzt werden. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

E. Decking: **Ephelidenuntersuchungen zum Ausbau der Siemenschen Methode zur Diagnose der Eineiigkeit.** M. m. W. Nr. 29. 1926.

Untersuchungen des Autors an 62 eineiigen und 30 zweieiigen Zwillingspaaren über die Übereinstimmung bzw. Verschiedenheit der Sommersprossenentwicklung führten zu dem Resultat, daß die Übereinstimmung der Sommersprossen als bequemes Hilfsmittel zur Diagnose der Eineiigkeit bei mitteleuropäischen Schulkindern und Erwachsenen brauchbar ist und wertvolle Dienste leistet. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

Hermann Werner Siemens: **Über die Bedeutung der Erbanlagen für die Entstehung der Muttermäler.** Arch. f. Derm. u. Syph. 147. Bd. S. 1.

Die eingehenden auf Grund der Methode zwillingspathologischer Untersuchungen gemachten Feststellungen für die spezielle Naevuslehre sind in der ausführlichen Originalarbeit nachzulesen. Als Naevi im eigentlichen Sinn zu definieren sind alle *im wesentlichen stabilen, zirkumskripten Veränderungen der Haut* und der Schleimhäute, die der Regel nach *asymmetrisch* auftreten und *unbekannter Ätiologie* sind. Bei der sog. Systematisierung muß scharf unterschieden werden zwischen Einseitigkeit, Linienbildung und Scheckung. Bei der Ähnlichkeit zwischen systematisierten Naevi und Tierzeichnung ist anzunehmen, daß es sich nur um äußere, höchstens formalgenetische Übereinstimmungen handelt. Als Scheckung sind nur *erbliche* zirkumskripte Depigmentierungen anzusehen. Die Muttermäler sind nicht als Atavismen aufzufassen, da nur *erbliche* Vorfahrencharaktere im eigentliehen Sinne als Atavismus bezeichnet werden können. *Naß*-Stolp.

H. Vömer: **Ein Beitrag zur Kentnnis der Naevusnatur.** Arch. f. Dermat. u. Syph. 148. Bd. S. 277.

Die Naevi sind Bildungen als Ausgleich für bestimmte Betriebsstörungen der Haut. Ätiologisch kommen äußere und innere, die Hauttätigkeit belastende Momente in Betracht. *Naß*-Stolp.

Digitized by Google

Morawitz: **Mechanismen der Blutstillung.** D. m. W. 1926. Nr. 533.

Morawitz hält die Plättchenthrombose für den ersten Grad der Gerinnung. Hebt man nämlich die Gerinnung völlig auf, so tritt auch keine Plättchenthrombose mehr auf. Bei den Fällen, in denen kleine Einstichwunden trotz normaler Gerinnungszeit sehr lange bluten, handelt es sich meist um starke Verminderung der Blutplättchen. Es gibt symptomatische Thrombopenien, z. B. bei Infektionskrankheiten, bei Intoxikationen mit Salvarsan, Benzol usw. und eine essentielle Thrombopenie. Als Ursache einer Thrombopenie wird eine Schädigung der Mutterzellen der Blutplättchen, der Megakaryozyten des Knochenmarkes, angenommen. Neben der Gerinnungs- und Thrombosefähigkeit des Blutes spielt bei der Blutstillung die Tätigkeit der Gefäßendothelien eine wichtige Rolle, die allerdings Verf. zunächst nicht überschätzen möchte. Nach Durchschneiden einer Froschkapillare sieht man mikroskopisch eine völlige Verklebung der beiden Stumpfenden, die auf eine vermehrte Klebrigkeit oder Opsonierung der durch den Schnitt gereizten Endothelien zurückgeführt wird. Neben der Stase, in den betreffenden Kapillaren kommt auch eine vorübergehende Stockung der Zirkulation in den höheren zuführenden Gefäßen zustande, eine Art von Axonreflex, der durch den Schnitt in Tätigkeit gesetzt für mehrere Minuten die Zufuhr von Blut nach der Schnittstelle hin hemmt. Diese nervöse Selbststeuerung oder Umleitung des Kreislaufes wird unter anderem nach Kokainisierung vermißt. Angesichts der Kombination von Gefäßstörungen mit Plättchenmangel oder verminderter Gerinnungstendenz des Blutes kommt Verf. zu dem Schluß, daß für die Blutstillung Blut und Gefäße als eine untrennbar verknüpfte Einheit betrachtet werden müssen und daß es ebenso falsch ist, zur Erklärung aller Anomalien nur an das Blut als nur an die Gefäße zu denken.

O. Dittrich-Kiel.

Werner und *Hartmann:* **Untersuchungen über die trypanoziden Serumsubstanzen bei Hämophilie.** M. Kl. 1926. 47.

Neugeborene zeigen im Serum Mangel an trypanoziden Substanzen, also hat ihre Leber, die ja diese Substanzen produziert, noch nicht ihre normale Funktion aufgenommen, ist also noch funktionell unterwertig (*Rosenthal*). Auch bei Kindern mit Mehlnährschäden und Skorbut schwinden die trypanoziden Substanzen aus dem Blut (*Leichtentritt*). Während *Opitz* und *Zweig* auch bei drei Hämophilen gleichfalls Schwinden dieser Substanzen nachweisen konnten, kommen Verff. auf Grund der Ergebnisse bei vier Hämophiliefällen zum gegenteiligen Standpunkt.

Siegfried-Aachen.

F. W. Sunderman and *F. W. Weidman:* **Hypercholesterinaemia. Hypercholesterinämie. I. Der normale Blutcholesteringehalt des Menschen und der niederen Tiere.** Arch. of Derm. and Syph. Bd. 12. H. 5. Nov. 1925.

Übersicht über die gebräuchlichsten Methoden zur Bestimmung des Cholesteringehaltes im Blut, zugleich ein Vergleich der Ergebnisse der verschiedenen Methoden; die Verf. selbst arbeiten nach der Methode von *Myers-Wardell*. Neben zahlreichen anderen Tabellen Übersicht über den normalen Gehalt an Blutcholesterin der wichtigsten Versuchstiere.

G. H. Klövekorn-Bonn.

Digitized by Google

F. W. Sunderman and *F. W. Weidman:* **Hypercholesterinaemia. Hypercholesterinaemia. II. Die experimentelle Erzeugung der Hypercholesterinämie.** Arch. of Derm. and Syph. Bd. 12. H. 6. Dez. 1925.

Affen, Hunden, Katzen, Kaninchen und Meerschweinchen wurde 0,5 Cholesterin intraperitoneal beigebracht; es trat hierauf bei allen Versuchstieren eine Erhöhung des Blutcholesterins ein, die durchschnittlich 25—30% betrug. Bei den Affen trat sie nach etwa 40 Tagen ein und hielt sich von allen Versuchstieren bei ihnen am längsten auf dieser Höhe. Bei Hunden, Katzen, Kaninchen und Meerschweinchen kann es bereits nach 5—10 Tagen zu der Erhöhung des Blutcholesterinspiegels, der dann aber bald wieder absank. *G. H. Klövekorn*-Bonn.

B. Dujardin und *N. Decamps:* **Tatsachen und Betrachtungen zum Dermographismus.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 7. 1926.

Verff. studierten die *urtikarielle Reaktion* (bei rezidivierender Urtikaria nach Salvarsan, Quinckeschem Ödem, essentiellem Prurigo, Prurigo mit Lichenifikation, Prurigo mit Lichenifikation und Ekzem sowie endlich ohne begleitende Dermatose neben oder auch ohne Störungen nervöser Art), ferner die *Reaktion in Form des weißen Striches.* Zum Zustandekommen nehmen sie an eine Insuffizienz der Leber. Bleibt die Zufuhr des Antigens in engen Grenzen, kann die pexische Funktion der Haut für die Leber eintreten und diese Zufuhr ausgleichen, man sieht nichts. Steigt das zugeführte Antigen, kommt es zu Dermographismus. Wird die Schädigung noch stärker, kommt es zu einer chronischen Einwirkung, der Dermographismus verschwindet, es erscheinen die chronischen Entzündungserscheinungen der Prurigo, einhergehend mit Reaktion in Form des weißen Striches. Es kommt zu „hyperpexischen Läsionen", die in einer späteren Arbeit besprochen werden sollen. *Zurhelle*-Bonn.

W. Kusnetzow: **Über die Bedeutung des weißen und roten Dermographismus.** Wratschebnoje Delo. 1926. Nr. 21.

Die Untersuchung verschiedener Kranker lehrte Verf., daß der weiße Dermographismus in den Fällen entsteht, wo sich eine negative Erregung des angionervösen Apparates bedingende Faktoren, wie z. B. durch Schlamm- und Säurebäder, nachweisen lassen. Der rote Dermographismus dagegen wird hervorgerufen durch Faktoren, welche eine positive Erregung des angionervösen Apparates bedingen, wie z. B. durch kalte Übergießungen. *A. Jordan.*

A. Grünstein und *N. Popowa:* **Über den reflektorischen Dermographismus.** Wratschebnoje Delo 1926. Nr. 21 u. 22.

Abgesehen von dem gewöhnlichen, allen bekannten Dermographismus, welcher nach Hinüberstreichen über die Haut mit einem stumpfen Instrument erzeugt wird, gibt es, wie zuerst *H. Müller* erkannt hat, auch einen andern Dermographismus, gen. reflektorischen, hervorgerufen durch leichtes Ritzen der Haut mit einer Nadel. Letzterer hat, wie die Verff. bei Untersuchung einer Anzahl von Nervenkranken bestätigen können, diagnostisches Interesse für den Neurologen, da er fehlt oder abgeschwächt ist, bei organischen Störungen des Zentralnervensystems. Dieser Reflex hat aber auch physiologische Bedeutung, da er zeigt, daß Vasodilatatoren nicht nur in den inneren Organen, sondern auch in der Haut existieren, was bisher von einigen Autoren bezweifelt wurde. *A. Jordan.*

Digitized by Google

J. Fischl: **Experimenteller Beitrag zu den Entstehungsbedingungen der tuberkulösen Allergie.** Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 148. S. 402.

Die Intrakutanreaktion ist ein sicherer Beweis für die vorausgegangene Infektion sowohl mit lebenden als auch für die Injektion toter Tbc.-Bazillen. Die intrakardiale Einverleibung des lebenden oder toten Virus hat ein früheres Auftreten der Tuberkulinempfindlichkeit zur Folge als die subkutane oder intraperitoneale. Tote Bazillen wirken toxischer als lebende. Die tuberkulöse Allergie stellt sich als ein unter dem Bilde der Tbc.-Bazillen-Eiweiß-Anaphylaxie auftretender vergeblicher Schutzversuch gegen Reinfektion mit lebenden Bazillen dar. *Naß*-Stolp.

Stoltenberg-Forest: **Neue Farblösung für Diphtheriebazillen, besonders für Körnchenfärbung.** D. m. W. 1926. Nr. 31.

Es wird eine Minute in folgender Lösung gefärbt: 0,25 g Malachitgrün, 0,05 Kolloidinblau, 0,01 Hämatoxylin oder Blauholzextrakt, 100 ccm Wasser, 3 ccm Essigsäure, 3 ccm Äthylalkohol. Die Präparate werden dann mit Leitungswasser gewaschen und getrocknet. Die Körnchen sind rot und das Zentrum ist grün gefärbt. *O. Dittrich*-Kiel.

W. J. Highman: **The value of the study of histopathology in cutaneous medicine. (Wert des Studiums der Histopathologie in der Dermatologie.)** Journ. Am. Med. Ass. 87. Nr. 18. S. 1459. 1926.

Fortbildungsvortrag über die Wichtigkeit exakter histologischer Untersuchung und Beschreibung dermatologischer Krankheitsbilder, was in der amerikanischen Literatur oft vernachlässigt wird.

Memmesheimer-Bonn.

H. Fischer-Köln: **Zur Genese benigner epithelialer Hauttumoren.** D. W. Bd. 83. Nr. 41. 1926.

Im Gegensatz zu der üblichen Anschauung, daß die verschiedenen epithelialen Hauttumoren sich aus differenziertem Gewebsmaterial entwickeln, glaubt Verf., daß ihre Bildungsstätte die sogenannten primären Epithelkeime sind. Diese stellen nun die gemeinsame Anlage für bestimmte Schweißdrüsen (a-Drüsen), Talgdrüsen und die Haare dar. In diesem Boden entstehen nun die Tumoren. Von dem Zeitpunkt der Entwicklungshemmung der Epithelkeime wird es abhängen, ob wir später volldifferenzierte Zellen und Gebilde im Tumor haben (Talgdrüsen, Haare) oder ob es nur Zellen sind, die nur Ansätze zur Differenzierung zeigen, aber nicht imstande sind, vollwertige Gebilde zu produzieren. *Krüger*-Sagan.

K. Harpuder-Wiesbaden: **Die Biologie bösartiger Geschwülste.** D. W. Bd. 83. Nr. 43. 1926.

In der chemischen Zusammensetzung der Tumoren bestehen zwar Abweichungen gegenüber normalem Gewebe, doch nur in geringem Maße, Der Wassergehalt, Kalium-, Phosphor-, Glykogen- und Cholesteringehalt der Tumorzellen ist gegen die Norm erhöht. Kalzium- und Stickstoffgehalt ist dagegen niedriger. Ebenfalls ist die Oberflächenspannung von Preßsäften aus Karzinomzellen niedriger als die normaler Gewebsflüssigkeit. Der Stoffwechsel der Tumorzellen zeigt dagegen stärkere Abweichungen. Während im normalen Stoffwechsel das bei der Energiegewinnung aus Kohlehydraten auftretende Zwischenprodukt, die Milchsäure, wieder vollständig verschwindet, teilweise durch Oxydation, in der Hauptsache durch

Digitized by Google

Aufbau zu Glykogen, ist in den Tumorzellen die Milchsäurebildung, die überwiegend durch Vergärung entsteht, sehr stark. Es besteht also in ihnen ein autonomes Glykolysevermögen. Die Vitalität der Tumorzellen ist wesentlich größer als die von normalen Zellen, sie können sowohl aerob als auch anaerob leben. Eine Zwischenstellung zwischen den Tumorzellen und normalen Zellen nimmt das embryonale Gewebe ein. Die biologische Tumordiagnostik ist bis heute noch nicht so ausgebaut, daß man ihr eine Spezifität nachsagen könnte. *Krüger*-Sagan.

N. Melczer-Budapest: **Untersuchungen über die Ausscheidung der harnsauren Salze durch die Schweißdrüsen.** A. f. D. 150. S. 75.

Die Versuchstiere bekamen zuerst 0,04, 0,05 Pilokarpin subkutan, nachher wurde in Chloroformnarkose — nach vorheriger Laparotomie und nach Ausschaltung der Blutzirkulation der Nieren — 10 ccm einer 0,25 bis 0,45 g Harnsäure enthaltende 1%ige Piperasinlösung in die Vena portae injiziert. Die Narkose muß oberflächlich sein, die Tiere vertragen in tiefer Narkose die toxische Wirkung des Piperasins nicht. 10 bis 15 Minuten nach der Zufuhr der Harnsäure wurden Hautstücke aus den schwitzenden Tastballen der Tiere in Narkose exzidiert, die Stücke teils in absolutem Alkohol, teils in der Fixierlösung von Champy, teils in 20%iger Formaldehyd-Lösung gehärtet. Histologischer Befund: Im Lumen der Schweißdrüsen werden nicht besonders reichliche, meist amorphe Konkremente sichtbar. In den die Epidermis durchbohrenden korkzieherartig gewundenen Ausführungsgängen finden sich teils amorphe, teils runde, in polarisiertem Lichte doppellichtbrechende Konkremente. Überdies kamen im Saftkanälchensystem der Epidermis hier und da kleinere amorphe, aus harnsauren Salzen bestehende Schollen vor. In den Epithelzellen waren niemals intrazellulär aufgespeicherte Konkremente zu finden.

Zemplenyi-Hamburg.

L. Nieuwejaar: **Experimentelle Beiträge zur Kenntnis der kankrogenen Stoffe des Steinkohlenteers.** Medicinsk Revue 1925. S. 575.

Versuche an im ganzen 145 weißen Mäusen haben die Beobachtungen von *Bloch, Dreifuß, Fibiger* u. a. bestätigt, daß die kankrogenen Stoffe im Teer in der Fraktion der Stoffe mit höherem Siedepunkt zu suchen sind (zwischen 350° und 400°). Von 79 Mäusen mit diesen Stoffen gepinselt, lebten 34 noch nach 90 Tagen, und von diesen bekamen 30 Hauttumoren, wovon 19 maligne Plattenzellenkarzinome waren. Von den mit bei 270° bis 350° überdestillierten Stoffen gepinselten bekamen keine maligne Tumoren, 12 (von 29 überlebenden) dagegen benigne Warzen. Die Stoffe mit niedrigem Siedepunkt zeigten eine starke Toxidität den Mäusen gegenüber.

W. Kißmeyer.

O. Moog und *K. Buchheister:* **Über die Schweißsekretion des Menschen.** M. m. W. Nr. 22. 1926.

Die Verff. untersuchten mit Hilfe des Kapillarmikroskopes und einer Kontrastfärbung die Tätigkeit der Schweißdrüsen des Menschen. Sie konnten zeigen, daß es eine insensible Schweißsekretion gibt, die stets einen Teil der unmerklichen Hautwasserabgabe darstellt. Durch Pilokarpininjektionen gelingt es, die Knäueldrüsen am gesamten Körper sichtbar zu machen, und auf diese Weise ihre Zahl zu ermitteln. Atropin vermag in einer Dosis von 1 bis 1½ mg die unmerkliche Schweißabsonderung

Digitized by Google

teilweise oder vollkommen zu unterbinden. Adrenalin führt durch die infolge der Vasokonstriktion beeinträchtigten vitalen Tätigkeit der Schweißdrüsen zu einer Sekretionsverminderung. Der Antagonismus zwischen Pilokarpin und Adrenalin ist als Folge der Gefäßverengerung durch Suprarenin aufzufassen. Es liegt also nur ein indirekter und kein direkter, auf einer Nervenwirkung beruhender Antagonismus vor. Histamin hat in einer Dosis von 1 mg keinen Einfluß auf die unmerkliche Schweißabsonderung. Durch eine 30 Minuten währende venöse Stauung wird die unmerkliche Schweißsekretion stark eingeschränkt. Eis, in die nicht beobachtete Hand gebracht, hebt durch Vasokonstriktion und wahrscheinlich auch durch einen direkt auf die Schweißdrüsen wirkenden Reflex die Tätigkeit der Knäueldrüsen der andern Hand auf. Formalin ruft eine Verödung der Schweißporen der Knäueldrüsen hervor, wodurch diese Organe zur Einstellung der Wasserelimination gezwungen werden. Psychische Erregung stellt einen sekretionsbefördernden Faktor bei der Schweißsekretion dar.

J. Weinstock-Charlottenburg.

William H. Browne, M. D. and *Harry L. Kincaid, M. D.:* **Etiology and Diagnosis of Intrauterine Fetal Death. (Über die Ätiologie des Intrauterintodes.)** Jowa City. Journ. Americ. Med. Ass. 1926. Vol. 87. Nr. 11.

Zum Unterschied von den häufigsten Ursachen des Intrauterintodes wie Lues congenita, Anomalien, Schwangerschaftstoxikosen und Infektionskrankheiten der Mutter führt Verf. einen Fall an, bei dem trotz völliger Gesundheit der Schwangeren die Frucht an einer Streptokokkeninfektion zugrunde ging. Es gelang, aus dem Herzblut des Föten hämolytische Streptokokken zu züchten. Eine Aufschwemmung der letzteren wurde bei 4 graviden Kaninchen intravenös injiziert, was bei zweien ein Absterben der Frucht zur Folge hatte. *Röntz*-Bonn.

Syphilis.

Allgemeine Symptomatik. Kasuistik.

Ligne Norström-Lind: **Les chancres syphilitiques extra-génitaux dans les hôpitaux de Stockholm au cours d'un siècle (1821—1920).** Acta dermatovén. Bd. VII. 3. 1926.

Statistische Arbeit, die im Original nachzulesen ist. Auffallend ist das Fehlen von Impfschankern in Schweden, das in anderen Ländern in der Statistik eine große Rolle zu spielen pflegt. *Arthur Alexander*-Berlin.

T. A. Williams: **Syphilophobie.** The Urol. a. Cutan. Review 1926. Bd. 8. S. 458.

Neurologische Behandlung notwendig, da sie eine besondere Form der in der Psychiatrie bekannten Phobien ist. *August Simon*-Bonn.

Memorski: **Ergebnisse des Untersuchungsbefundes bei Maschinisten in bezug auf Haut- und Geschlechtskrankheiten.** Venerologia und Dermatologia 1926. Nr. 5.

Die Untersuchung von 227 sich gesund fühlenden Lokomotivführern ergab, daß in Wirklichkeit ein hoher Prozentsatz derselben an Ekzem, Impetigo, Erythrasma usw. litt, daß als eigentliche professionelle Schädigung derselben, Clavi an den Händen, verbunden mit Hygromen, anzusprechen

Digitized by Google

sind, und daß sich unter denselben verhältnismäßig viel Tabetiker (7%) fanden, als wenn ihre, das Nervensystem aufreibende Tätigkeit, sie speziell zur Tabes prädistiniert. *A. Jordan.*

Ph. Hildebrand-Duisburg: **Zur Geschichte der präkolumbinischen europäischen Syphilis.** D. W. Bd. 83. Nr. 36. 1926.

Verf. bringt zur weiteren Stütze seiner Anschauung über die Existenz der präkolumbinischen Syphilis die Übersetzung einer Stelle aus dem Lehrgedicht „Occupatio" des Reformatorabtes Odo von Cluny. Darin werden die verschiedenen Formen der Haut- und Knochenlues geschildert, ebenso auch die schweren organischen Leiden des Nervensystems, und es wird darauf aufmerksam gemacht, daß die Krankheit trotz mangelnder äußerer Symptome im Innern noch weiter toben kann. Verf. schließt aus dieser Stelle, daß sie eine sichere Stütze für das Bekanntsein der Syphilis im frühen Mittelalter sei. *Krüger*-Sagan.

Trachtenberg: **Das Geschlechtsleben der Frau.** Venerologia u. Dermatologia 1926. Nr. 4.

Unter 600 weiblichen Kranken des 1. Moskauer Vendispensairs fanden sich 246 Prostituierte, bei deren näherer Ausfragung sich ergab, daß bei 60,5% derselben die Prostitution die einzige Erwerbsquelle bedeutet, bei 39,5% einen Nebenerwerb. Als Hauptursache für die Wahl dieses Metiers sind einerseits die materielle Not, andererseits die schlechten Wohnungsverhältnisse in Moskau anzusehen; dazu kommen Trunk und Unkultur hinzu, da 87% dem Alkohol ergeben sind und 76% nicht des Lesens und Schreibens kundig sich erwiesen. Immerhin stehen 92% der Untersuchten ihrem Gewerbe mit Abscheu oder gleichgültig gegenüber und 88,2% sehnen sich nach fester Verbindung mit einem Mann. Auch langjährige, professionelle Prostituierte sind fähig, zu einem normalen Leben zurückzukehren, wie das in 14% geschehen ist. Von den professionellen Prostituierten erwiesen sich 89,4% tripperkrank und 10,6% mit Syphilis und Gonorrhöe behaftet. *A. Jordan*-Moskau.

Barthélemy: **Le Traité du mal Français, de Hock de Brackenau.** Edition de Strasbourg, 1514. Ann. mal. vén. 1926, 5.

Das für die Aussaat der Syphilis kritische Jahr 1494, anschließend an Columbus Rückkehr, brachte durch hispano-italienische Beziehungen die Lues nach Italien vor dem Eintreffen der französischen Truppen Charles' VIII. in Rom und Neapel. *Guth*-Zürich.

A. M. Barnett: **Einiges über die ärztlich-sozialen Beziehungen der Syphilis.** The Urol. a. Cutan. Review 1926. Bd. 30. Nr. 7. S. 397.

Alle Patienten mit Läsionen der äußeren Genitalien sollen bis zur Klärung der Diagnose in ein Krankenhaus aufgenommen und bei Lues nicht vor der 3. Salvarsaninjektion entlassen werden. Alle Läsionen der äußeren Genitalien sollten als syphilitisch angesehen werden, bis das Gegenteil bewiesen sei. Als Untersuchung: Dunkelfeld, Wa.-R. mit Wundserum, dann alle 3—4 Tage Wa.-R. des Blutes in den ersten 3 Wochen, und für die nächsten 2 Monate 1 mal wöchentlich Wa.-R.

August Simon-Bonn.

Digitized by Google

Faingold: **Professionelle syphilitische Erkrankungen beim medizinischen Personal.** Prophylactitscheskaja Medicina 1926. Nr. 9.

Obgleich *G. Hallot* in seiner im Jahre 1924 erschienenen Dissertation 530 Fingerschanker beim ärztlichen Personal in der Weltliteratur zu sammeln vermochte, sind nach Verf. derartige Angaben über Rußland sehr spärlich. Zu den bisherigen Fällen von *Jordan*, *Meleschko* und *Karyschewa* fügt Verf. 5 eigene Fälle, die in Odessa zur Beobachtung kamen, darunter 3 Fingerschanker und je einen Schanker auf dem Handrücken und auf der Stirn bei zwei Ärzten, zwei Hebammen und einem Feldscher. In einer Fußnote berichtet Prof. *Sobolew* über 4, von ihm beobachtete Fälle, welche einen Arzt, eine Hebamme und zwei Feldscher betrafen. *A. Jordan.*

Voronoff: **Contribution a l'étude de la Superinfection Syphilitique.** Ann. m. vén. 1926, 6.

3 Monate, nachdem sich der seit 5 Jahren klinisch rezidivfreie Heredo neu infizierte, zeigte er, nach absolviertem gummoidem Ulkus am Penis und Inguinaladenitis ein Pharynxgumma, wobei allerdings die früheren Heredogummen des Pat. ebenfalls am Nasopharynx gesessen hatten.

Guth-Zürich.

Mestchersky-Moscou: **Une des conditions favorables à la contagion des femmes du fait de leur maris syphilitiques de longue date.** Ann. m. vén. 1926, 7.

2 Fälle vom Autor als spermogene Infektionen betrachtete Übertragungen auf die Ehefrau; der eine Luetiker mit Lungenlues und dadurch bedingter Hg-Salv.-Kur 32 Jahre post Primäraffekt, der andere ebenfalls in kombinierter Behandlung, 10 Jahre post. Inf. wegen inzipienter Tabes. Beide übertragen nach langjähriger Ehe ihre Lues erst zur Zeit dieser Behandlung. *M.* postuliert infolgedessen das quieta non movere in dem Sinne, alte Luetiker am Beginne einer spezifischen Behandlung vom Verkehr abzuhalten, wenn der Frau das Infektionsrisiko erspart bleiben soll.

Guth-Zürich.

Tarsis: **Ein Fall von syphilitischer Reinfektion mit Primäraffektion in der Scheide.** Russki Westnik Dermatologii. 1926. Bd. 4. Nr. 7.

Die erste Infektion war mit 3 Kurven zu 12—15 Hg-Injektionen und NS. (4,5—2,9—3,15) behandelt worden. Zwei Jahre darauf erfolgte die Reinfektion mit Scheidenschanker. *A. Jordan*-Moskau.

Henri Gougerot-Paris: **Spontan oder durch antisyphilitische Behandlung verzögerte syphilitische Schanker.** The Urol. a. Cut. Review. 1926. V. 30. Nr. 5. S. 287.

Verzögerte Schanker beruhen entweder auf einer ohne sichtbaren Grund verlängerten Inkubation (Fournier zitiert Beispiele von 60, 91, 97 Tagen; *Gougerot* beschreibt einen Fall von 110 Tagen) oder auf einer prophylaktischen Behandlung. Deshalb muß nach einem verdächtigen Verkehr die klinische und serologische Beobachtung 12 Monate dauern. Die prophylaktische Behandlung verlangt große Dosen von 0.9 „914" bei kurzen Intervallen von 3—7 Tagen in einer Gesamtmenge von 6—7 g wenn möglich. Nach 3—4 Wochen eine ebenso strenge Kur. Zur Verhütung von Salvarsanresistenz Kombination mit Bi und Hg Monatliche Wa.-R. über ein Jahr, dann dreimonatliche Kontrolle. *August Simon*-Bonn.

Digitized by Google

Kritschewsky und *Sinelnikow:* **Zur Frage des diagnostischen Wertes der Hautreaktion beim weichen Schanker.** Russki Westnik Dermatologii 1926. Bd. 4. Nr. 9.

In 35 Fällen von Ulc. molle und bei 31 Kontrollpersonen, welche keinen weichen Schanker hatten, wurde die Hautreaktion mit Vakzine angestellt und gab bei ersteren einen so hohen Prozentsatz positiver Reaktion, der bei letzterer ausblieb, daß Verff. geneigt sind, die Reaktion als spezifisch anzusprechen. *A. Jordan.*

Zakse: **Ein Fall von rechtsseitiger syphilitischer Epididymitis zu Beginn der sekundären Periode.** Russki Westnik Dermatologii 1926. Bd. 4. Nr. 9.

Am 22. Okt. 1925 wandte sich an den Verf. ein 23 jähr. Mann mit Erscheinungen einer akuten Epididymitis und einem harten Schanker. Am folgenden Tage trat Roseola auf. Weder anamnestisch noch klinisch ließen sich Zeichen von Gonorrhöe nachweisen. Unter spez. Behandlung schwand auch die Epididymitis restlos. *A. Jordan.*

v. Reuterwall - Stockholm: **Zur Kenntnis der pleuropulmonalen Veränderungen im Sekundärstadium der Syphilis.** Acta dermato-vén. Bd. VII, 2. 1926.

Nach Mitteilung früherer klinischer Beobachtungen und pathologisch-anatomischer Bemerkungen über die frische sekundäre Bronchitis und Pleuritis teilt Verf. seinen Fall mit: Frische Lues II (Exanthem usw.) mit Neosalvarsan behandelt. Nach 6 Wochen ist das Exanthem geschwunden, es entwickelt sich jedoch ein Neosalvarsanexanthem, an dem, infolge von Komplikation mit Bronchitis und Bronchopneumonia acuta der Pat. zugrunde geht. Pathologisch anatomisch fanden sich: Das Salvarsanexanthem, eine intensive Pharyngo-laryngo-tracheo-bronchitis, starke Veränderungen in den pleuralen und pulmonalen Lymphgefäßen, doppelseitige serofibrinöse Pleuritis und Exsudat in den Alveolen, welche in nächster Nähe um die Bronchien und die interlobulären Venen liegen. Die Infiltrate in der Haut, Pharynx und Bronchien bestehen hauptsächlich aus lymphozytären Zellen und eosinophilen Leukozyten, wobei letztere in den Bronchien verhältnismäßig zahlreicher sind als in der Haut. Die Lymphgefäßveränderungen sind als eine Lymphangitis von eigentümlicher Art aufzufassen, mit Anhäufungen von retikulo-endothelialen Zellen, eosinophilen und lymphozytären Zellen im Lumen, während die Wand wenig verändert ist. Das Exsudat in den Alveolen um die Bronchien und die interlobulären Venen ist insofern von eigentümlicher Beschaffenheit als eine Schranke aus eosinophilen Zellen auf der Grenze gegen die umgebenden wenig veränderten Lungenteile vorhanden ist. Verf. hält die Pleura- und Lungenveränderungen für syphilitischer Natur — sie erinnern an eine interstitielle pleurogene Pneumonie. *Arthur Alexander*-Berlin.

Dohi-Kanasawa (Japan): **Leukomelanodermie bei syphilitischer Erkrankung des vegetativen Nervensystems.** A. f. Derm. 150, 71.

30 Jahre nach dem Primäraffekt trat von den Augenbrauen ausgehend eine ziemlich starke Pigmentierung fast der ganzen Haut auf, 7 Jahre nachher entwickelten sich Depigmentationen an den früher pigmentierten Stellen. Neben der Hautaffektion waren Vermehrung der Schweiß- und Speichelsekretion nach Pilokarpin, deutlicher Dermographis-

Digitized by Google

mus, Hyperazidität, starke Vermehrung der Eosinophilen, Herabsetzung der Zuckertoleranz, Aschnersches Druckphänomen, die schnell auftretende und langsam verschwindende Hautrötung zu finden, welche Phänomene auf eine funktionelle Störung des vegetativen Nervensystems, insbesondere auf eine Übererregbarkeit des Parasympathikus hindeuten.

Zemplenyi-Hamburg.

Dohi-Kanasawa (Japan): **Tätowierung und Syphilis.** A. f. Derm. 150, 38.

Das syphilitische Exanthem trat bei einem Patienten an den mit Eisenmennige tätowierten Stellen besonders reichlich auf, wahrscheinlich, weil die viereckigen Eisenpartikelchen stärker irritierend auf das umgebende Gewebe wirkten. *Zemplenyi*-Hamburg.

Milman und *Jacubsohn:* **Über einen seltene Form von Syphilis der Haut (Syphilis verrucosa cutis).** Russki Westnik Dermatologii 1926. Bd. 4. Nr. 7.

Warzenartige, tuberkuloseähnliche Affektion am r. Fuß bei einem 40 jährigen Mann, welche sich als syphilitische Spätaffektion erwies.

A. Jordan-Moskau.

Dupasquier, D.: **Über einen neuen Fall von Syphilis III des Gesichtes in Form eines harten, entzündungslosen Infiltrates vom Typus eines Lymphozytoms.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 5. 1926.

Kasuistik zu einem von *Favre* und *Manhès* hervorgehobenen Krankheitsbild. Rückgang unter spezifischer Behandlung. *Zurhelle*-Bonn.

Favre, M.: **Die nummulären purpuraähnlichen und gangränösen Hautsyphilide der Beine.** — Beitrag zum Studium der klinischen Formen der hämorrhagischen Hautsyphilis der unteren Extremitäten. Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 5. 1926.

Auf Grund von 5 Beobachtungen (bei einer 59 jährigen Frau, einem 65 jähr. und 55 jähr. Manne, einer 78 jähr. Frau sowie einem jungen Mädchen mit kongenitaler Syphilis — bis auf letzteres alle Hypertoniker, davon 3 mit früheren Erscheinungen zerebraler Gefäßsyphilis —) weist Verf. auf spezifische Affektionen an den Beinen hin, die als umschriebene blauviolette Hämorrhagien bzw. hämorrhagische Knoten beginnen, schnell erodieren und sich mit einem Schorf bedecken, worunter Nekrose mit starkem Foetor oder gar Gangrän sich ausbildet. Die Abheilung erfolgt mit Pigmentation. *F.* führt diese Erscheinungen auf venöse Infarktbildungen zurück. *Zurhelle*-Bonn.

J. U. Reaves: **Leukoplakia Buccalis.** The Urol. a. Cutan. Review 1926. Bd. 30. Nr. 7. S. 395.

63 jähriger Mann, der seit 4 Jahren an einer Leukoplakia buccalis leidet. Wegen positiver Wa.-R. (mit 19. Lebensjahr eine Wunde an der Glans, die ohne Behandlung abgeheilt war) antiluetische Behandlung: Salvarsan, Jod und Wismut. Außerdem noch Röntgen- und Radiumbehandlung. Trotzdem maligne Entartung und Exitus. *August Simon*-Bonn.

S. Jakowleff: **Über die gummösen Erkrankungen des unteren Dickdarms und des Afters.** Russki Westnik Dermatologii 1926. Bd. 4. Nr. 9.

Einerseits Beschreibung des seltenen Befundes von gummösen Erscheinungen des Dickdarms und Afters, andererseits Hervorhebung des

Digitized by Google

günstigen Erfolges der kombinierten spez. Behandlung selbst auf Strikturen und derartige Prozesse. *A. Jordan.*

Crance: **Chronische Magenverstimmung und Syphilis.** The Urol. a. Cut. review 1926. Bd. 30. Nr. 4. S. 204.

Bei 2 Fällen von chronischen, unbestimmten Magenbeschwerden wurde durch die positive Wa.-R. in Blut und Liquor (nur bei 1) die Diagnose Lues gestellt, was durch den Erfolg der antiluetischen Behandlung bestätigt wurde. *August Simon*-Bonn.

N. G. Sakrepa-Krasnodar: **Eine seltene Verlaufsweise der Syphilis.** D. W. Bd. 83. Nr. 33. 1926.

Bei einem Kranken, der sich vor 10 Jahren syphilitisch infiziert hatte, traten zunächst an den Glutäen tuberoserpiginöse Syphilide auf, die unter Zyanquecksilberinjektionen abheilten. Kurze Zeit darauf zeigten sich an der Zunge typische sekundäre Plaques. Dieser Wechsel zwischen tertiären und sekunädren Erscheinungen trat dann noch mal bei sich einstellenden Rezidiven auf. Der Fall zeigt, daß eine Lues III noch manchmal für die Umgebung infektiös sein kann. *Krüger*-Sagan.

H. Schlesinger-Wien: **Zur Lehre von der Lebersyphilis der Erwachsenen.** D. W. Bd. 82. Nr. 20. 1926.

Neben der bekannteren Form der gummösen Lebererkrankungen gibt es ein luetisches Leberfieber, das unter dem Bilde einer Sepsis oder Malaria verlaufen kann und oft monatelang besteht, um dann ganz plötzlich unter der Behandlung abzuklingen. Für die luetische Genese einer Lebererkrankung ist der Ausfall der Wa.-R. nicht allein entscheidend, da auch bei negativer Wa.-R. eine spezifische Lebererkrankung vorliegen kann. Verf. geht dann auf die verschiedenen Arten des syphilitischen Ikterus ein und schließt sich der Meinung derjenigen Autoren an, die dem Salvarsan eine gewisse Rolle für das Zustandekommen der Leberschädigungen zuschreiben. Therapeutisch werden bei allen syphilitischen Lebererkrankungen Jod, Hg. und Wismut gut vertragen. Salvarsan ist mit gewisser Vorsicht anzuwenden und niemals in großen Einzel- oder Gesamtdosen.

Krüger-Sagan.

Flater: **Fieberhafte Leberlues.** M. K. 1926, 44.

32 jähriger Lehrer mit völlig negativer luetischer Anamnese leidet anfangs an Magenbeschwerden, bekommt dann etwa alle vier Wochen Fieberattacken und Schmerzen der Lebergegend in den fieberfreien Zeiten. Endlich heftige kolikartige Schmerzen und Erbrechen. Kein Urobilin noch Urobilinogen, keine Milzvergrößerung. Laparotomie wegen Verdacht auf Cholezystitis ergibt auch mikroskopisch Lebergummen. Heilung unter spezifischer Behandlung. Erst nach der Operation wurde Wa.-R. stark positiv. In der Literatur sind mehrere Fälle beschrieben, wo auch noch nach Bauchöffnung Gummen für Karzinom gehalten wurden. Das Fieber bei Lebergummen kann allerlei Formen annehmen, auch die verschiedenen Typen des Malariafiebers zeigen. *Siegfried*-Aachen.

E. Delbanco-Hamburg: **Diffuses oberflächliches Spätsyphilid der Glans penis unter dem Bilde mehrjähriger hartnäckiger erosiver Balanitis.** D. W. Bd. 83. Nr. 40. 1926.

Bei einem 60 jährigen Pat. bestanden seit mehreren Jahren an der glans penis zahlreiche flache Erosionen, die leicht näßten und speckig belegt waren. Die Affektion trotzte jeder Therapie, auch eine Entfernung

Digitized by Google

des Präputiums brachte keine Besserung. Subjektiv hatte der Pat. außer einem geringen Juckreiz und der störenden Sekretion auf den Erosionen keine Beschwerden. Wegen Verdacht auf Pagetsche Erkrankung wurde die glans amputiert, und bei der histologischen Untersuchung zeigte sich, daß diese Annahme nicht zu Recht bestand. Erst als nach einiger Zeit auf dem Oberschenkel ein pfennigstückgroßes Ulkus mit schlaffen, unterminierten Rändern entstand, wurde eine Wa.-R. vorgenommen, die stark positiv war und den klinischen Eindruck eines zerfallenen Gummis bestätigte. Eine daraufhin nochmalige eingehende Untersuchung der amputierten glans ergab auch bei dieser typische Gefäßveränderungen, so daß also retrospektiv die Veränderungen an der glans als ein oberflächliches Spätsyphilid angesprochen werden müssen. *Krüger*-Sagan.

L. Nieuwejaar: **Ein Fall von Spontanruptur der Aorta bei Stenosis isthmus aortae.** Medicinik Revue 1925. S. 478.

Plötzlicher Tod eines 30 jähr. Mädchen; die Ursache war eine Berstung der erweiterten Aorta ascendens mit einem dissekierendem Aneurysma. Es wurde eine (wahrscheinlich schon fötal entstandene) Stenose des Isthmus aortae gefunden. Es wurden keine Zeichen von Syphilis gefunden. Die Fälle von Isthmusstenose sind sehr selten; es wurden im ganzen 102 Fälle veröffentlicht. *A. Kißmeyer.*

F. Moritz: **Über spezifische Gefäßerkrankungen.** M. m. W. Nr. 31. 1926.

Eingehendes Übersichtsreferat über die Klinik der Aortenlues. Besonderer Beobachtungen bedürfen die Frühsymptome der Erkrankung, die sich in einer Verstärkung des 2. Aortentons, in einem systolischen Geräusch über der Aorta, in einem Pulsus differens, in Jugularpuls und röntgenologischer Verbreiterung des Aortenschattens kundtun. Im Durchschnitt tritt die Aortenerkrankung 23 Jahre post infect. auf, der kürzeste vom Verf. beobachtete Zwischenraum betrug 6 Jahre. Die Therapie der Krankheit hat bei energischer Frühbehandlung durchaus Aussicht auf Erfolg. Als Mittel der Wahl ist das Salvarsan zu erachten, das man 3 bis 4 Jahre lang 2—3 mal im Jahre in Mengen von 4 bis 5 g anwenden soll, auch in Verbindung mit Hg und Bi. Jodkali ist in größeren Dosen 3 mal täglich 1 g und mehr jahrelang zu geben. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

E. Delbanco-Hamburg: **Zur frühzeitigen Diagnose der Herzlues. (Eine Anregung.)** D. W. Bd. 83. Nr. 42. 1926.

Trotz Ausbaues der Liquoruntersuchungsmethoden glaubt Verf., daß wir heute noch nicht in der Lage sind, mit Sicherheit die Späterkrankungen des Herzens und der großen Gefäße ausschließen zu können. Und bei der Unsicherheit der Wirksamkeit des Salvarsans bei diesen Erkrankungen fordert Verf., daß man ganz systematische Untersuchungen des Herzens in den frühen Stadien durchführt, um eventuelle Störungen schon frühzeitig feststellen zu können und um in Erfahrung zu bringen, wie die Anfänge der spezifischen Herzerkrankungen beschaffen sind. Er denkt dabei hauptsächlich an Reizleitungsstörungen und fordert in allen einschlägigen Fällen die Aufnahme eines Elektrokardiogramms. *Krüger*-Sagan.

V. Kapff-Hamburg: **Zur frühzeitigen Diagnose der Herzlues.** D. W. Bd. 83. Nr. 42.

Der Aufsatz befaßt sich im wesentlichen mit der praktischen Durchführung und den anatomischen Grundlagen der von *Delbanco* gegebenen Anregung. *Krüger*-Sagan.

Digitized by Google

Ch. Audry: **Über die angioneurotischen Störungen des endokrinen Systems bei Syphilis und die Erythromelie (Pick).** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 7. 1926.

Verf. möchte auf Grund von 2 früher beobachteten eigenen Fällen und zahlreichen Fällen, die nach *Ehrmann* und *Falkenstein* (Arch. Bd. 149) zitiert werden, an Hand eines dritten neuerdings beobachteten und zur Sektion gelangten Falles annehmen, daß die Erythromelie *Pick* — er bevorzugt diese Bezeichnung vor Acrodermatitis atrophicans *Herxheimer* — zu den angioneurotischen Störungen des endokrinen Systems bei Syphilis gehört wie das in der französischen Literatur vielfach auch von der Raynaudschen Krankheit und der generalisierten Sklerodermie angenommen wird. *Zurhelle*-Bonn.

Borschtschewsky: **Ein Fall von Nodositas juxta articularis Jeanselme.** Venerologia u. Dermatologia. 1926. Nr. 4.

Der erste der beiden Autoren berichtet in der Moskauer Monatsschrift, nach Aufzählung der bisher in Rußland beschriebenen Fälle dieser Art (*Jordan* 2 Frauen, *Olessow* 1 Mann, *A. Feldmann*, *Bratzlawski* und *Faingold* 2 Männer) über 5 eigene, in dem Moskauer venerologischen Institut beobachtete derartige Fälle, und der zweite der beiden Autoren über eine Beobachtung in Odessa. In allen Fällen handelte es sich um fibröse Gummigeschwülste, die unter spez. Behandlung so gut wie vollkommen sich zurückbildeten. *A. Jordan*-Moskau.

Olessow: **Zur Frage der Nodositas juxta-articularis Lutz-Jeanselme.** Russkoja Klinika. 1926. Bd. 6. Nr. 28.

Zum Beweise des nicht tropischen Ursprungs der *Jeanselm*schen Nodositas juxta articularis gedenkt Verf. der beiden *Jordan*schen Fälle und beschreibt drei weitere, aus Zentralrußland stammende Fälle, welche in der Hautklinik der I. Moskauer Universität zur Beobachtung kamen. In diesen Fällen handelte es sich um 2 Personen mit gleichzeitig vorhandenen anderen tertiär-syphilitischen Erscheinungen, und im 3. Fall um eine syphilisverdächtige Person, so daß, zumal die histologische Untersuchung eines derartigen Knotens die Zeichen eines tuberkulösen Syphilids mit Riesenzellen ergab, Verf. die Nodositas juxta articularis Lutz-Jeanselme als ein Zeichen von Syphilis anspricht. *A. Jordan.*

Festsitzung und 25. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Am 28. und 29. Oktober fand in Berlin die Feier des fünfundzwanzigjährigen Bestehens der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten statt. Sie wurde eingeleitet durch eine Festsitzung im Bürgersaal des Berliner Rathauses, derselben Stätte, an der vor 25 Jahren die erste öffentliche Veranstaltung der Gesellschaft stattfand. Geheimrat *Jadassohn* (Breslau) hielt als erster Vorsitzender die Begrüßungsansprache über das bisherige Wirken und die weiteren Ziele der Gesellschaft, in der er besonders der großen Verdienste der Begründer der D. G. B. G., *A. Neißer*, *E. Lesser*[1]) und *A. Blaschko* gedachte. Ministerialdirektor *Dammann* vom Reichsministerium des Innern überbrachte ein Glückwunschschreiben des

[1]) Eingefügt von der Schriftleitung.

Digitized by Google

Herrn Reichspräsidenten, Ministerialdirektor *Grieser* vom Reichsarbeitsministerium hob als nächster Redner die Verdienste der Gesellschaft um die Sozialversicherung hervor. Für das Volkswohlfahrtsministerium sprach Ministerialrat *Beyer*, für die kommunalen Verbände und die Reichshauptstadt der Stadtmedizinalrat von Berlin, Professor *v. Drigalski*. Das Deutsche Rote Kreuz ließ durch seinen Präsidenten *v. Winterfeld* Glückwünsche überbringen, für das Ausland sprachen Professor *Ehlers* (Kopenhagen) und Professor *Bronner* (Moskau). Der Mitarbeit der Frauen wurde durch Ansprachen der Frau *Gerken-Leitgebel* und Frau *Fürth* (Frankfurt a. M.) gedacht, für die Ärzteschaft sprach Dr. *Schneider* (Potsdam), für die sozialhygienischen Verbände Professor *Rott* (Berlin). Für seine tatkräftige Mitarbeit beim Zustandekommen des Gesetzes erhielt Ministerialdirektor *Dammann* von der Deutschen Gesellschaft die Neißer-Blaschko-Plakette; zu Ehrenmitgliedern wurden Präsident *Kaufmann*, Geheimrat *Freund*, Senatspräsident *Schmölder* (Kassel) und Professor *Flesch* (Frankfurt a. M.) ernannt. Eine besondere Ehrung wurde Frau *Fürth* (Frankfurt a. M.), Frau Professor *Fritsch* (Königsberg) und Frau *Balte* (Berlin) zuteil, indem ihnen wegen ihrer langjährigen Verdienste um die Bestrebungen der Gesellschaft ein Relief mit dem Bilde Blaschkos überreicht wurde. Das Rote Kreuz zeichnete Geheimrat *Jadassohn* (Breslau), Professor *v. Zumbusch* (München), Professor *Pinkus* (Berlin), Professor *Galewsky* (Dresden), sowie Dr. *Roeschmann* (Berlin) durch die Verleihung des Ehrenzeichens vom Roten Kreuz aus.

Am folgenden Tage fand die Jahresversammlung im überfüllten Plenarsaal des Reichswirtschaftsrats statt, in der *das Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten* besprochen wurde. Den einleitenden Vortrag über den Werdegang des Gesetzes hielt Ministerialdirektor *Dammann;* darauf beleuchtete Oberregierungsrat *Breger* vom Reichsgesundheitsamt die Auswirkungen des neuen Gesetzes vom hygienischen Standpunkt. Er wies auf die durchschlagenden Erfolge der älteren Reichsgesetze zur Bekämpfung der Infektionskrankheiten, das Impfgesetz und das Reichsseuchengesetz hin, durch die damals sehr gefürchtete Seuchen in Deutschland völlig verschwunden seien. Das gleiche sei bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zu erhoffen, wenn alle beteiligten Stellen und Organisationen im Sinne des Gesetzes zusammen wirken würden. Das Gesetz werde dann den Grundstein bilden für eine gesündere Generation, die mehr Lebensfreude, mehr Schwungkraft und mehr Arbeitstüchtigkeit erlange, so daß man in abermals 25 Jahren allerorts der Schöpfer des Gesetzes mit der größten Dankbarkeit gedenken werde. *Anna Pappritz* als Vertreterin der abolitionistischen Föderation und des Bundes Deutscher Frauenvereine begrüßte in ihrer Rede das Gesetz auch als einen Fortschritt für die Frauenwelt. Durch die Aufhebung der Reglementierung und durch verständnisvolles Zusammenarbeiten von Gesundheits- und Pflegeämtern sei jetzt die Möglichkeit gegeben, gesundheitlich und sittlich Gefährtete frühzeitig zu erfassen und wieder einem geordneten Leben zuzuführen. Über das Gesetz vom versicherungspolitischen Standpunkt sprach Präsident *Schäffer* vom Reichsversicherungsamt. Die Sozialversicherung, die seit jeher ein Hauptfaktor im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten gewesen sei, begrüße das Gesetz als einen neuen Antrieb zur gemeinschaftlichen Arbeitstätigkeit der Träger der Sozialversicherung und der allgemeinen Gesundheitsfürsorge. Den kommunalen Standpunkt vertrat sodann der Beigeordnete des Deutschen Städtetages Dr. *Memelsdorff*. Um die Zersplitterung der sozialen Gesetzgebung zu überwinden, sei die Bildung von Arbeitsgemein-

Digitized by Google

schaften zwischen den Gemeinden und den Versicherungsträgern ein unbedingtes Erfordernis. Als letzter Redner sprach Ministerialrat *Schäfer* vom Reichsjustizministerium über das Gesetz vom juristischen Standpunkt, indem er die einzelnen Paragraphen einer kritischen Besprechung unterzog. Auf Anregung des Vorsitzenden Geheimrat *Jadassohn* wurde beschlossen, auf eine Aussprache zu verzichten; die Besprechung strittiger Fragen soll einer demnächst stattfindenden Sitzung im engeren Kreise vorbehalten bleiben.

Der glänzende Verlauf der Tagung, die Teilnahme und Glückwünsche der Behörden und aller in Betracht kommenden Verbände und Organisationen haben den Beweis erbracht, daß es der Deutschen Gesellschaft gelungen ist, die Anerkennung weitester Kreise für ihre Tätigkeit in der Volksgesundheitspflege zu erringen.

Zusatz der Schriftleitung. Indem wir diesen uns von der D.G.B.G. zugesandten Bericht umgehend zur Kenntnis bringen, beglückwünschen wir die Gesellschaft zugleich zu dieser wohlgelungenen und glanzvollen Festsitzung und möchten nur eine ergänzende Bemerkung hinzufügen. Wenn der Kampf gegen die venerischen Erkrankungen und besonders gegen die folgenschwerste, die Syphilis, jetzt mit Aussicht auf Erfolg unternommen und gesetzlich gestützt werden kann, so ist das auf *die während dieser 25 Jahre errungenen Forschungen vor allem deutscher Gelehrter und Ärzte* zurückzuführen, von denen uns die besten leider schon entrissen worden sind. Hätten nicht *Fritz Schaudinn, August v. Wassermann, Paul Ehrlich* u. a., um nur die Toten zu nennen, die Waffen geschmiedet, würde ein aussichtsvoller Kampf gegen die Syphilis auch heute nicht möglich oder doch entfernt nicht so wirksam sein.

E. H.

Personalien und Tagesnachrichten.

Prof. Dr. *E. Riecke*, Direktor der Hautklinik in Göttingen und bisheriger persönlicher Ordinarius, wurde zum planmäßigen Ordinarius ernannt, so daß nunmehr auch in Göttingen ein volles von der Person unabhängiges etatsmäßiges Ordinariat besteht.

Prof. Dr. *Zieler* (Würzburg) wurde zum Dekan der Medizinischen Fakultät gewählt; ebenso Prof. Dr. *Arzt* in Wien, der als Nachfolger von Hofrat *Riehl* vor kurzem die *Hebra*sche Lehrkanzel erhalten hat.

Prof. *Fabry*, der am 1. Oktober 1927 infolge Erreichung der Altersgrenze seine Stellung als leitender Arzt der Hautabteilung des Städt. Krankenhauses aufgeben mußte, wird in Gemeinschaft mit Dr. *Hagen* seine Praxis in Dortmund weiter führen.

Prof. Dr. *Bosellini*, Direktor der Dermatologischen Klinik in Rom, wurde zum korrespondierenden Mitglied der Englischen Dermatologischen Gesellschaft gewählt.

Ministerialdirektor Dr. *Dammann* vom Reichsministerium des Innern wurde wegen der großen Verdienste, die er sich um die Durchführung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten erworben hat, von der Medizinischen Fakultät der Universität Berlin zum Dr. med. hon. c. ernannt. Diese Ehrung wird in den Kreisen der Dermatologen mit ganz besonderer Freude begrüßt werden, da der Genannte sich auch für die Hebung unseres Lehrfaches und die Einführung der Prüfung in demselben mit großem Nachdruck eingesetzt hat.

Digitized by Google

L

(Aus der Medizinischen Univ.-Poliklinik in Bonn [Direktor: Prof. Dr. *Siebeck*] und der Univ.-Hautklinik in Bonn [Direktor: Prof. Dr. *Erich Hoffmann*].)

Gleichzeitiges Vorkommen von Morbus Recklinghausen und Epidermolysis bullosa traumatica hereditaria dystrophica in einer Familie.

Von

F. CURTIUS und R. STREMPEL.

Durchsieht man die Literatur nach Morbus Recklinghausen, so fällt vor allem die Fülle von Krankheitssymptomen auf, die das bekannte mannigfaltige Bild dieser Erkrankung erweitern und komplizieren. Es sei nur erinnert an psychische Störungen, konstitutionelle degenerative Merkmale des Knochensystems, Insuffizienzerscheinungen des endokrinen Systems, Augenanomalien usw., ganz abgesehen von Hautveränderungen der verschiedensten Art — wie Naevus anaemicus, Cutis laxa, Adenoma sebaceum —, die nicht selten den gewöhnlichen Symptomenkomplex des Morbus Recklinghausen (Pigmentationen, blaue Flecke, Tumoren) begleiten. Bei der Unklarheit, die bezüglich der Ätiologie dieser eigenartigen Krankheit, ihrer Entwicklung und Auslösung noch herrscht, kann nur eine weitere sorgfältige Untersuchung aller zur Beobachtung gelangenden Fälle uns vielleicht die Erkenntnis vermitteln, wie weit die vorliegenden Einzelsymptome zum Bilde des Morbus Recklinghausen (Mo. R.) gehören oder auch nur Teilerscheinungen der sogenannten Abortivform der Recklinghausenschen Krankheit sind. Wir wissen, daß dieses Leiden ein familiäres darstellt und auf einer angeborenen Mißbildung, einer keimplasmatischen Schädigung der Erbeinheiten beruht, die das Ektoderm aufbauen. Wie weit dafür auch die Möglichkeit der fehlerhaften Entwicklung des Mesoderms besteht, sei dahingestellt. Die Untersuchungen von *Ehrmann* (Arch. f. Derm. 145, 301) weisen

Digitized by Google

ja darauf hin. Nach *Verocay* (Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. 48, 1910) stellt die Recklinghausensche Krankheit eine embryonale Entwicklungsstörung primärer spezifischer Zellen dar, die das Nervensystem aufbauen.

Ebenso stellt die Epidermolysis bullosa traumatica ein exquisit erbliches Leiden dar, wobei hinsichtlich des Erbgangs ein Unterschied zwischen der einfachen und dystrophischen Form gemacht wird. Während die erste Form nach den statistischen Untersuchungen von *Siemens* (Arch. f. Derm. 132, 218) ein im wesentlichen dominant erbliches Leiden darstellt, wird nach ihm und anderen Autoren (*Hofmann*, Zentralbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. 19, 202; 13, 33; *Jenny*, l. c. 20, 457) die dystrophische Epidermolysis allermeist nach dem rezessiven Hereditätsmodus vererbt. Von *Kenedy* (l. c. 18, 782) und *Kraus* (l. c. 17, 623) wurde allerdings auch bei dieser Form dominanter Erbgang in drei Generationen beobachtet; vier Fälle werden auch von *Siemens* zitiert (Arch. f. Derm. 143, 409). Von *Siemens* (Arch. f. Derm. 139, 46 u. 143, 390) wurde weiter dieser im Durchschnitt verschiedenartige Vererbungstyp neben histologischen Unterschieden zur Trennung beider Epidermolysisformen in zwei ätiologisch verschiedene Krankheiten ins Feld geführt im Gegensatz zu *Mayr* und *Katz*, die für die Wesensgleichheit beider Krankheitsformen eintreten (Arch. f. Derm. 139, 215), da Formen beider Art in *einer* Familie beobachtet würden.

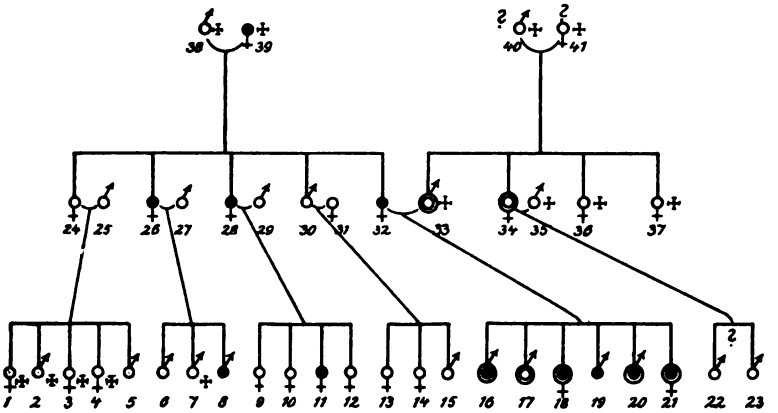
Die formale Genese der Epidermolysis ist noch unklar; wie weit eine erbliche zentrale Störung in Frage kommt, die sich in einer Lockerung des Zusammenhangs zwischen Epidermis und Kutis, weiter in einer erhöhten Reizbarkeit des Hautgefäßsystems auswirkt, läßt sich natürlich nicht ohne weiteres entscheiden.

Wir hatten Gelegenheit, eine Familie zu untersuchen, deren Mitglieder zum größten Teile neben Symptomen des Mo. R. auch eine Epidermolysis dystrophica aufwiesen. Die Mutter der Familie war mit Epidermolysis behaftet, der Vater war an Recklinghausen erkrankt. Unseres Wissens ist eine Koinzidenz dieser ausgesprochen erblichen Leiden bisher nicht beschrieben. Eine kurze Mitteilung der beobachteten Fälle dürfte daher berechtigt sein. In nachfolgendem Stammbaum ist der Vererbungsgang der beiden Krankheiten wiedergegeben. Eine Blutsverwandtschaft zwischen beiden Eltern bestand nach Angabe der Frau nicht.

Digitized by Google

Frau *Fl.*, geb. *G.* 49 Jahre alt. Epidermolysis bullosa dystrophica. (Nr. 32 des Stammbaumes.)

Anamnese: Bis auf die Hauterkrankung, die sich seit frühester Kindheit im Auftreten von Blasen besonders nach Stößen äußert, nie ernstlich krank gewesen. Die Geburt der 6 Kinder erfolgte glatt, ohne Komplikationen. Die Mutter der Patientin soll, wie bestimmt angegeben wird, an derselben Krankheit gelitten haben. Deren 6 Geschwister sollen jedoch gesund gewesen sein. In der Jugend sei das Leiden schlimmer gewesen.



●= *Epidermolysis bullosa dystr.* ◎= *Morbus Recklinghausen.*

Nr. 1. † 11jährig an Hirnhautentzündung. — Nr. 2. † mit 13 Monaten an Keuchhusten. — Nr. 3. † mit 14 Tagen. Schwere Geburt mit Narkose und Querbett. Geburtsverletzung am Bein. — Nr. 4. Tot geboren, ausgetragen. — Nr. 5. 20 Jahre, gesund. — Nr. 6 und 7. Frei von Epidermolysis. — Nr. 8. 14 Jahre alt. Mäßige Epidermolysis an Knie und Ellenbogen. Beginnende Nageldystrophien. Sonst gesund. — Nr. 9. 12 Jahre. Kongenitale Muskeldefekte, sonst gesund. — Nr. 10. Gesund. — Nr. 11. Maria Fisch. 6 Jahre, Epidermolysis. — Nr. 12. Gesund. — Nr. 13, 14 und 15. Gesund. — Nr. 16. Heinr. Fl. Epidermolysis, Mo.R. — Nr. 17. Jos. Fl. Mo.R. — Nr. 18. Kath. Fl. Epidermolysis, Mo.R. — Nr. 19. Wilh. Fl. Epidermolysis. — Nr. 20. Peter Fl. Epidermolysis, Mo.R. — Nr. 21. M. Fl. Epidermolysis, Mo.R. — Nr. 22. Nicht untersucht, soll einige braune Flecke haben. — Nr. 23. Strichförmig angeordnete Naevi pigmentosi auf dem Rücken. — Nr. 24. Gesund. — Nr. 25. Gesund. — Nr. 26. Frau Gie. Epidermolysis. — Nr. 27. Gesund. — Nr. 28. Frau Peter Fisch. Epidermolysis. — Nr. 29. Kongenitale Spinalaffektion tabiformer Art. — Nr. 30. Abgeheilte tuberkulöse Spondylitis, 2. und 3. Lendenwirbel. — Nr. 31. Gesund. — Nr. 32. Frau Fl. Epidermolysis. — Nr. 33. Jakob Fl. † an Tbc. pulm., Mo.R. — Nr. 34. Frau G., geb. Fl., forme fruste von Mo.R. — Nr. 35. † an unbekannter Ursache. — Nr. 36. † 14 Tage alt. — Nr. 37. 8jährig, gestorben an Di., braune Flecken sollen nicht vorhanden gewesen sein. — Nr. 38. Früh †. — Nr. 39. Hatte die Blasenkrankheit. — Nr. 40. † 79jährig an Lungenentzündung. Flecken? Knoten? — Nr. 41. † 75jährig an Magenkrebs, keine auffallenden Flecken oder Knoten.

Befund: Kräftige Frau in gutem Ernährungszustand mit gut entwickelter Muskulatur. Innere Organe konnten nicht untersucht werden. Pupillen reagieren prompt auf Licht und Konvergenz.

Haut: Beide Ellenbogen zeigen eine bläulich verfärbte, verdünnte Haut, von gefälteltem, zigarettenpapierähnlichem Aussehen. In diese Zonen sind zahlreiche, bis stecknadelkopfgroße, weißliche, durch die dünne Haut durchschimmernde Milien eingelagert, links in größerer Zahl als rechts. An beiden Knien zeigt die Haut ebenfalls länglich ovale, rötlich bläuliche Herde mit atrophischer Hautdecke von runzeliger, faltiger Beschaffenheit und Milieneinlagerung links. Auf beiden Handrücken linsengroße papulöse Efflorescenzen von rötlicher Farbe mit Milien; diese papulösen Gebilde von harter Kon-

Digitized by Google

sistenz finden sich auch auf den Fingerrücken. Handflächen sind frei. Die Haut des übrigen Körpers ist von normaler Beschaffenheit. Blasenbildung ist nicht festzustellen. Nikolsky negativ, selbst stärkeres Reiben vermag nicht die Haut abzuschieben. Auf beiden Schienbeinen geringgradige Krustenauflagerung auf geröteter Haut. Beiderseits Varizenbildung mittleren Grades.

Nägel: Die Nägel der Finger und Zehen weisen fast alle stärkere Veränderungen auf. Daumen-, Ring- und Zeigefingernagel der rechten Hand fehlen völlig, Mittelfingernagel rechts in seinem vorderen Teil abgehoben, zeigt Furchungen und Aufsplitterung und subunguale Hornmassen. Nagel des 5. Fingers intakt. Linke Hand: 1. und 2. Fingernagel stark verändert, aufgelockert, getrübt, mit Rissen versehen, subunguale Hornbildung, z. T. gänzlich fehlend. 3., 4. und 5. Fingernagel intakt. Rechter Fuß: Alle Nägel brüchig, rauh, z. T. fehlend. Sie zeigen Auflockerung mit darunterliegenden gelblichgrauen Hornmassen, ebenso lassen die Zehennägel des linken Fußes Veränderungen ähnlicher Art erkennen.

Blutstatus: 65% Neutrophile, 31% Lymphozyten, 3% Mononukleäre, 1% Eosinophile.

Heinrich Fl., geb. 27. 3. 1909, Landwirt. Epidermolysis bullosa dystrophica und Morbus Recklinghausen. (Nr. 16 des Stammbaumes.)

Anamnese: Vater starb an Rippenfell- und Lungenentzündung 43 Jahre alt. *Vater war übersät mit braunen Flecken* (Angabe der Mutter). Das Hautleiden soll angeboren sein. Von Kinderkrankheiten nichts bekannt. Mit 10 Jahren Lungenentzündung. Die Stimme begann zur Zeit der Schulentlassung umzuschlagen. Seitdem stets unsichere Stimme, meist Diskant, nur einzelne Worte tief. Bis zu 8. Schulklasse in der Schule gewesen. Ist angeblich nie sitzengeblieben. Hat nicht übermäßig gern gelernt.

Befund: 168,8 cm großer junger Mann von eigenartiger Erscheinung: Schädel und Gesicht asymmetrisch, rechtes Auge tieferstehend (ca. $\frac{1}{2}$—$\frac{3}{4}$ cm) als das linke. Das linke näher der Medianlinie. Nase nach rechts abweichend. Schläfengegend rechts mehr eingesunken als links. Rechtes Ohr etwas tiefer stehend als das linke. Ohrlänge beiderseits 6,7 cm. Im ganzen besteht eine linkskonvexe Schädelskoliose. Stimme meist im Diskant. Gelegentlich in tiefere, männliche Lage umschlagend. Augen: Iris beiderseits blaugrau mit zahlreichen unregelmäßigen gelblichen Pigmentfleckchen durchsetzt. Leichter Exophthalmus. Pupillen reagieren auf L. u. C. li. u. r.

Schädelmaße (nach *Martin*, Anthropometrie, J. Springer, 1925): Horizontalumfang (über der Glabella) 58,4 cm. Größte Kopflänge (Glabella — Okziput) 19,0 cm. Größte Kopfbreite (bitemporal) 16,5 cm. Ohrhöhe des Kopfes (Oberrand des Tragus-Scheitel) 13,9 cm. Die deutliche Asymmetrie des Gesichtsschädels kommt bei der Messung folgender Abstände zum Ausdruck: Glabella — Unterkieferwinkel links 12,5, rechts 13,0 cm. Infraorbitalrand (unterhalb der geradeaus gerichteten Pupille) — Unterkieferwinkel links 8,0, rechts 8,5 cm. Hals: keine Struma. Schilddrüse nicht fühlbar. Körperbau ohne Besonderheiten. Mäßige Linksskoliose der Brustwirbelsäule. Beiderseits Scapulae scaphoideae starken Grades. Thorax sehr flach. Exkursionen r. = l. Lunge: über den Spitzen etwas scharfes Atmen. Sonst o. B. Herz: mr. 3, ml. 8 cm. Erster Ton über der Spitze unrein. Zweite Töne überall etwas klappend. Abdomen: Milz hart, 2 Querfinger unterh. R. B. fühlbar, ohne Druckschmerz. Leber nicht fühlbar, auch perkutorisch nicht vergrößert. Nervensystem: ohne nachweisbare Besonderheiten. Urin: Eiweiß und Zucker

Digitized by Google

negativ. Urobilinogen in der Kälte schwach positiv. Blut: 90% Hämoglobin, 5 Mill. Erythroz., 6000 Leukoz., davon neutro. 39%, Eo. 4%, Lympho. 53%, Mono. 1%, Mastzellen 3%. Wa.R. negativ, ebenso S.G. und Meinicke. Röntgendurchleuchtung und Aufnahme des Thorax: Zwerchfellbewegungen beiderseits frei; Hili beiderseits sehr dicht, besonders links alte Kalkherde in den Hilis. Lungenfelder und Spitzen frei.

Befund der Ohrenklinik (Untersuchung durch Oberarzt Dr. *Thielemann*): Das Umschlagen der Stimme ist wahrscheinlich psychogen bedingt: der Larynx ist nicht infantil (höchstens eine Spur).

Genitale von normaler Beschaffenheit. Mundschleimhaut o. B.

Haut: Der ganze Körper ist übersät mit braunen Flecken (Café au lait-Flecke) in allen Größen, stecknadelkopf- bis linsen- bis zweimarkstückgroß. Auf dem Mons pubis ein etwas größerer flächenförmiger Pigmentfleck. Zum Teil zeigen die Flecke gesetzmäßige Anordnung, indem sie mit ihrer Längsachse nach der Spaltrichtung der Haut gestellt sind. Eine besonders dunkle Pigmentzone findet sich im Bereich des Nackens. Ebenfalls über den ganzen Rumpf zerstreut, wenn auch in weit geringerer Zahl, sieht man blaue Flecke in der Haut, die sich als flache, kaum oder gar nicht erhabene, oberflächliche Bildungen von weicher, eindrückbarer Konsistenz (hernienartig) darstellen, von der Größe einer Erbse bis zu der einer Bohne. Aus der Haut vorspringende Tumoren sind nirgends festzustellen. Nur erkennt man in der Kreuzbeingegend vereinzelte, etwa hirsekorngroße hautfarbene weiche Geschwülstchen.

In der linken Schulterblattgegend einige etwa pfennigstückgroße Flecke von weißer Farbe (Naevus anaemicus). Über Ellbogen und Knien ist die Haut bläulichrot verfärbt, atrophisch, von zigarettenpapierähnlicher Beschaffenheit mit geringem Schuppen- und Krustenbelag. Am Unterarm und auf den Handrücken finden sich papelförmige blaurote Effloreszenzen, in die zahlreiche weißlich durchschimmernde Milien eingelagert sind. Eigentliche Narben sieht man wenig, einige finden sich auf dem Handrücken; sie sind weißlich glänzend mit etwas eingezogenen Rändern. Auf den Unterschenkeln im allgemeinen die gleichen Erscheinungen wie an Armen und Knien. Nur auf der Streckseite des rechten Unterschenkels bemerkt man noch frischere Gebilde. Neben einigen noch geschlossenen wassergefüllten Blasen einige zum Teil erodierte, der Epidermis entblößte mit blutigem Sekret bedeckte Stellen sowie mit bräunlichen Borken bedeckte Partien. Auf der rechten großen Zehe zwei erbsengroße, mit Blut gefüllte Blasen. Die Nägel sind an allen Zehen teils verkümmert, teils ganz geschwunden. An den Fingernägeln dystrophische Veränderungen, die links den 1. und 2. Nagel, rechts den 1., 2. und 3. Fingernagel betreffen, in Gestalt von Trübung, Auflockerung und Rissigkeit der Nägel mit Ansammlung subungualer Hornmassen. Die übrigen Fingernägel sind normal. In beiden Hohlhänden zahlreiche warzige Bildungen. Auf dem behaarten Kopf eine etwa handtellergroße gelichtete Stelle in der Gegend des Wirbels. Die Haut dieser Partie ist tumorartig gewuchert, schlaff und läßt sich in Falten abheben. Die Oberfläche dieses Herdes ist gelblich-bräunlich verfärbt und zeigt apfelsinenschalenartige Felderung.

Josef Fl., geb. 4. 11. 1910. Landwirtsgehilfe. Morbus Recklinghausen. (Nr. 17 des Stammbaumes.)

Nie Blasen oder ähnliches gehabt. Befund: mittelgroßer, kräftiger junger Mann in gutem Ernährungszustand. Kopf: mäßige links konvexe Ge-

Digitized by Google

sichts-Schädel-Skoliose. Oberschädel weicht schwach nach rechts ab. Horizontaler Schädelumfang: 56,5 cm. Größte Kopflänge 19 cm, Jochbogenbreite 14 cm, größte Kopfbreite 16 cm, Ohrhöhe 14 cm. Morpholog. Ges.-Höhe 12,1 cm. Iris grünlichgrau. Augen: Bewegungen frei. Kein Nystagmus. Pupillen gleichweit, rund. Reaktion auf Licht l. = r. +. Konvergenzreaktion l. = r. sehr flüchtig und wenig ausgiebig. N. VII. R. Mundwinkel etwas schwächer innerviert als links. Sonst o. B. Keine Geruchsstörungen. Rachen frei. Würgereflex +. Hoher Gaumen. Zunge feucht, nicht belegt, wird gerade herausgestreckt. N. IX bis XII o. B. Sprache heiser, häufig in Diskant überschnappend, genau wie bei seinem Bruder Heinrich. Hals: Isthmus glandulae thyreoideae kleinkastaniengroß im Jugulum, beim Schlucken verschieblich. Keine pathologischen Drüsenschwellungen. Thorax kräftig 88/91. Doppelseitig Scapula scaphoidea. Lungen: Grenzen normal, mäßig verschieblich. Links hinten oben geringe Dämpfung und Abschwächung des Atemgeräusches. Keine Nebengeräusche. Herz: Grenzen an normaler Stelle. Töne rein, Aktion regelmäßig. Blutdruck: 110/70. Abdomen: weich. Leber und Milz nicht fühlbar. Kein Druckschmerz. Nervensystem: Hirnnerven siehe oben. Reflexe: Patellar-SR. r. = l. schwer auslösbar. Mit Jendrassik r. = l. +. Achilles-SR. schwer auslösbar, bei Mitinnervation (Plantarreflexion des Fußes gegen die Hand des Untersuchers) r. = l. +. Keine patholog. Reflexe. Koordination. Tonus, Motilität, Sensibilität o. B. Romberg ∅. Fundus: normaler Befund. Blutuntersuchung: 5,2 Mill. Erythroz., 6600 Leukozyt., 100% Hämoglobin (Sahli), 66% Neutrophile, 30% Lymphozyt., 2% Eosin., 2% Monozyt. Urin: Eiweiß und Zucker, Urobilinogen ∅, Wa.R. —. Kehlkopfuntersuchung in der Ohrenklinik. Es handelt sich bei der Sprechanomalie um eine funktionelle Störung (Stimmwechselfolge). Stimmbänder normal. Nasenrachenraum frei.

Haut: Über den ganzen Rumpf zerstreut zahlreiche Café au lait-Flecke, zum Teil ephelidenartig, zum Teil flächenförmig bis zu Fünfmarkstückgröße, von runder oder ovaler Gestalt. Auf der rechten Brust unterhalb der Mammille eine Gruppe blauer Flecke, flach, von weicher eindruckbarer Konsistenz innerhalb einer hellen Hautzone. Mehrere blaue Flecke auch oberhalb der linken Mamma; in deren Umgebung mehrere pigmentarme Flecke. Tumoren sind nirgends feststellbar. An den Extremitäten wenig Flecke, nur einige größere von flächenförmiger Gestalt. Genitalien normal entwickelt. Nägel der Finger und Zehen normal gestaltet. Die Haut zeigt keinerlei Erscheinungen, die für Epidermolysis sprechen.

Katharina Fl., geb. 16. 4. 1912. Ohne Beruf. *Epidermolysis dystrophica und Recklinghausen.* (Nr. 18 des Stammbaumes.)

Eigenanamnese: Mit 4 Jahren Lungenentzündung. Vor einem Jahre Gürtelrose. War damals einen Monat krank. Die Blasenaffektion und die Fleckung sollen von Geburt an bestehen. Menses seit 12. Lebensjahre regelmäßig, doch starke Blutung mit Rückenschmerzen.

Befund: Mittelgroßes Mädchen in gutem Ernährungs- und Kräftezustand. Hellgrünlichgraue Iris mit beiderseits reichlicher Sprenkelung gelblicher und brauner Fleckchen. Kopf: etwas Turmschädel, symmetrisch. Volle Wangen. Ohren, Augen frei. Pupillen gleichweit, rund, reagieren auf Licht und Konvergenz. Hals: Isthmus gland. thyreoid. klein apfelgroß, verschieblich. Herz und Lungen o. B. Puls 88 p. M. Blutdruck: 110/65 Hg. Pat.-SR. r. = l. mit Jendrassik +, ohne Jendrassik nur zeitweise (ca. alle 6—8 Schläge) auslösbar. Achill.-SR. +, r. etwas stärker als l. Babinski, Oppenheim.

Digitized by Google

Gordon r. = l. ∅. Koordination o. B. Tonus normal. Motilität, Sensibilität o. B. Fundus (Untersuchung Dr. *Schmidt*, Augenklinik): Hyperämischer Papillentyp. Geschlängelte Fundusgefäße (Tortuositas vasorum). Sonst o. B. Leber und Milz nicht fühlbar. Extremitäten siehe oben. Blutstatus: Hämoglob. 85% (Sahli), 5,2 Mill. Erythroz., 8000 Leukozyt., 54% Neutroph., 40% Lymphoz., 2% Eosinoph., 4% Mononukl.

Haut: Die Ellbogen zeigen beiderseits etwa talergroße blaurötliche Verfärbung. Die Haut ist hier dünn, atrophisch, gefältelt, mit geringer Schuppenauflagerung. Der linke Herd zeigt Milieneinlagerung. Ebenso finden sich an beiden Knien, sowie auf den Schienbeinen blaurötliche, atrophische Hautstellen mit Schuppenbelag. Frische Blasen sind nirgends zu sehen. Auch beide Unterarme zeigen derartige Herde. Auf den Handrücken einige rötliche linsengroße Papeln; ähnliche papulöse Bildungen auf den Grundphalangen der Finger. Im Nacken einige erbsengroße rötliche Flecken mit eingelagerten Milien. Die Nägel der Finger und Zehen zeigen ebenfalls Veränderungen dystrophischer Art. Linke Hand: 1., 3., 4., 5. Nagel fast völlig erhalten, der Nagel des Zeigefingers ist bis auf bräunliche aufgelockerte Reste völlig geschwunden. Rechte Hand: 3., 4. und 5. Fingernagel intakt. Nagel des Daumens und Zeigefingers nur noch bröcklige Reste vorhanden. Nägel der Zehen sind noch mehr oder weniger erhalten, doch weisen sie alle Aufsplitterung, Rauhigkeit und subunguale Hornbildung auf.

Neben diesen für Epidermolysis bullosa dystrophica charakteristischen Erscheinungen finden sich über den ganzen Körper verbreitet zahllose milchkaffeefarbene Flecke in allen Größen bis zu Talergröße, daneben auf der Brust einige etwa linsengroße blaue Recklinghausenflecke mit schlaffer eindellbarer Hautdecke. Tumoren sind nirgends zu erkennen.

Wilh. Fl., geb. 1913. *Epidermolysis bullosa dystrophica.* (Nr. 19 des Stammbaumes.)

Eigenanamnese: Nie braune Flecken gehabt. Von klein an hatte er rote Stellen und Blasenbildung an verschiedenen Körperstellen. Soll angeblich schon in den ersten Lebenstagen vorhanden gewesen sein. Die Affektion hat sich später verschlimmert. Auch bei Wilh. traten die Blasen besonders nach Stoßen auf. Mit ca. 5—6 Jahren Lungenentzündung. Sonst war er niemals ernstlich krank.

Befund: Starker Rosenkranz. Scapula: r. S-Form. l. mäßige Scaphoidea, mäßige Epiphysenverdickung der Vorderarme. Zähne intakt. Mundschleimhaut o. B. Kopf nicht wesentlich deformiert. Keine Struma. Thorax: keine Skoliose. Lungen: Grenzen normal; Vesikuläratmen. Herz: normale Grenzen. Töne klappend. Puls 120 p. Min. Blutdruck: 105/55. Abdomen o. B. Nervensystem: PSR. r. = l. +. Keine pathologischen Reflexe. ARS. r. = l. +. Motilität, Sensibilität ohne Störungen. Fundus o. B. Visus normal. L. Pupille größer als r., rund. Reaktion auf L. u. K. +. Zunge wird gerade vorgestreckt. Augenbewegungen frei. Kein Nystagmus. Hört gut. Blutbild: Hämoglobin 70% (Sahli), Leukozyt. 7500. Erythrozyt. 4,5 Mill., 73% Neutrophile, 22% Lymphozyt., 4,5% Monozyt., 0,5% Eosinoph. Urin: Sach. ∅. Reaktion sauer Albumen schwach + (Trübung), Urobilinogen —, Urobilin —. Sediment: vereinzelte Erythrozyten und Leukozyten, wenig Oxalate. Röntgendurchleuchtung und Aufnahme des Thorax. Zwerchfellbewegung beiderseits frei, im linken Hilus Kalkherd. Lungen und Herz o. B. Retrokardialraum frei.

Digitized by Google

Haut: Die Haut des Patienten zeigt keinerlei Anzeichen für Morbus Recklinghausen, auch keine braunen Flecke. Die Epidermolysis besteht hier an den Händen in stärkerem Maße als bei dem älteren Bruder Heinrich. Vor allem in den Hohlhänden sind hornige papelähnliche, zum Teil warzenförmige Bildungen, vielfach strichförmig angeordnet zu sehen. Am linken Ellbogen eine große blaurötlich verfärbte Fläche, auf der die Haut zum Teil blasig abgehoben ist, teils neben der Rötung Krustenbildung zeigt. Am rechten Ellbogen ein fünfmarkstückgroßer runder Herd, der neben der Rötung Runzelung und Atrophie der Haut mit Schuppung und Krustenbelag aufweist. Im Gesicht lassen Nasenrücken, rechter Nasenflügel, rechte Oberlippe kleine krustöse Herde erkennen, auch das rechte Ohrläppchen trägt krustöse Auflagerungen auf geröteter Haut. Die Veränderungen an den Knien gehen mit denen der Ellbogen konform, die Haut ist hier gerötet und atrophisch mit Einlagerung von Milien. Starke Defekte zeigen die Nägel der Finger und Zehen. Linke Hand: Zeige- und Mittelfingernagel fehlen völlig, Daumennagel bis auf bröcklige Reste ebenfalls. 4. und 5. Fingernagel erhalten, doch getrübt und aufgelockert. Rechte Hand: Daumen-, Zeige- und Mittelfingernagel aufgesplittert, rissig und rauh, bräunlich verfärbt, im vorderen Teil fehlend. 4. und 5. Finger intakt. Linker Fuß: Nägel der 3 ersten Zehen vollkommen geschwunden, 4. und 5. Zehennagel größtenteils erhalten, doch hyperkeratotisch, trüb und aufgelockert. Rechter Fuß: Alle Nägel bis auf Reste geschwunden. Bei diesem Kranken läßt auch die Mundhöhle Schleimhautveränderungen in Gestalt von Epitheltrübung und Erosionen dem Zahnschluß entsprechend erkennen. Nach heißen Speisen sollen Blasen im Munde entstehen.

Peter Fl., geb. 1915. *Epidermolysis dystr.* + *Recklinghausen.* (Nr. 20 des Stammbaumes.)

Anamnese: Geburt normal. Mit 4—5 Jahren verlor er an jedem Großzeh den Nagel. Bekam dort „dicke Nägel". Als Kind Lungenentzündung. Sonst nie krank.

Befund: Starke Scaphoidea, l. = r. Ausgesprochene Schusterbrust. Geringe Vorderarm-Epiphysenverdickung. Geringer Rosenkranz. Iris grüngelb, peripher schwärzlichgrauer Ring. Wirbelsäule gerade, Kopf inkl. Mund und Rachen o. B. Testikel kleinhaselnußgroß. Mittelgroße Struma, starke Drüsenschwellungen unter dem Kinn. Mäßiger Exophthalmus. Herz: Töne rein. M. r. 3,5; M. l. 5,5. Puls: 120 p. M. Blutdruck: 95/55. Lungen: Grenzen normal. Pueriles Atmen. Diffuses Giemen. Nervensystem: Pat.-SR. +, unregelmäßig auslösbar, manchmal fehlt die Zuckung. Bei Jendrassik konstant +. Achill.-SR. ebenso, unkonstant, dann aber ausgiebig auslösbar, l. schwächer als r. Bauchdeckenrefl. r. = l., oben und unten +, keine pathol. Reflexe. Keine Sensibilitätsstörungen, keine Ataxie. Tonus normal. Umfang an beiden Beinen gleich. Motilität o. B. Normaler Visus. Fundus o. B. Pupillen r. = l., rund. Reaktion auf Licht und Konvergenz +. Augenbewegungen frei, kein Nystagmus. Hört gut. Abdomen o. B. Leber und Milz nicht fühlbar. Extremitäten o. B. Blutbild: 70% Hämoglobin (Sahli), 4,4 Mill. Erythroz., *2500 Leukozyten (wiederholte Zählung)*, davon 59% neutroph., 27% Lymphozyt., 12,5% Monoz., 1,5% Mastzellen. Urin: Reaktion sauer. Sach., Album., Urobilinogen, Urobilin ∅. Röntgenbefund: Zwerchfellbewegung beiderseits frei; beiderseits dichte Hili. Lungenfelder hell. Spitzen symmetrisch mit guter Hustenaufhellung. Herzform o. B. Retrokardialraum frei.

Digitized by Google

Haut: Der ganze Rumpf vom Hals abwärts ist übersät mit Café au lait-Flecken verschiedener Größe von Stecknadelkopf- bis Pfenniggröße. Daneben zeigt die Vorderseite des Rumpfes in der Umgebung solch brauner Flecke kleinere hellere pigmentarme Zonen. Innerhalb der linken Brustwarze, sowie innerhalb des linken Schulterblattes auch einige bläuliche Recklinghausen-Flecke von weicher hernienartiger Beschaffenheit. Tumoren sind nirgends festzustellen. An beiden Ellbogen und Knien finden sich mehrere bis dreimarkstückgroße rundliche atrophische, zigarettenpapierähnliche Herde von blaurötlicher Farbe, wie sie sich bei der dystrophischen Form der Epidermolysis bullosa darbieten. Auf beiden Handrücken etwa linsengroße rötliche papulöse Effloreszenzen. Auf dem rechten Mittelfinger über 2. und 3. Phalangealgelenk ebenfalls solch papulöse Gebilde, die Milien einschließen. Ähnliche Papelbildung auch auf Zeige- und Mittelfinger der linken Hand. Beide Oberschenkel sowie die Kreuzbeingegend, auch beide Unterschenkel lassen kleinere erosive Hautdefekte erkennen. Die Nägel der Finger sind intakt. Am rechten Fuß ist der Nagel der großen Zehe getrübt und aufgelockert mit subungualen Hornmassen. Die 4 übrigen Zehen o. B. Am linken Fuß sind 3. und 4. Zehe frei, die anderen Zehen bieten das bekannte Bild: Aufsplitterung, Trübung der Nägel mit Verhornung des Nagelbettes.

Maria Fl., geb. 16. 8. 1916. *Epidermolysis dystr.* + *Mo. R.* (Nr. 21 des Stammbaumes.)

Anamnese: Sie habe bei der Geburt braune Flecken und ein erhabenes Muttermal gehabt. Nie ernstlich krank gewesen.

Befund: Größe dem Alter entsprechend. Starke Scapula scaphoidea, links mehr als rechts; Irisfärbung wie bei Peter, wenig braune Irisnävi. Leber und Milz nicht fühlbar. Patellarsehnenreflexe schwer auslösbar, nur mit Jendrassik, links schwerer als rechts auslösbar. Auch die Achillessehnenreflexe sind links und rechts schwer, nur mit Jendrassik auslösbar. Keine pathol. Refl. Bauchd. Refl. l. = r. +. Keine Sensibilitätsstörungen. Motilität und Koordination o. B.

Haut: Über dem ganzen Thorax, Bauch und Rücken diffuse Aussaat brauner Pigmentflecken bis zur Größe einer Haselnuß. Über dem 6. Brustwirbeldorn fast kreisrunder, tief dunkelbraun pigmentierter, erhabener, gefelderter Nävus. Über dem rechten Fuß und rechten Knie kleine atrophische Hautstellen von rötlicher Farbe. Rechter Großzehennagel fehlt halb, Rest verdickt (er soll ins Fleisch gewachsen und von dem Kinde selbst entfernt worden sein?). Die übrigen Nägel am rechten Fuße sind intakt. Am linken Knie und Fuß etwa die gleichen Veränderungen wie rechts, einige rötlich verfärbte Herde mit runzeliger dünner Haut. Linker Großzehennagel verdickt, gelblichgrau verfärbt. Auf dem oberen Drittel des rechten Unterschenkels pflaumengroße, bläulich-livide Stelle. Keine Blasenbildung. (Die Mutter gibt an, das Kind bekomme wunde Hautstellen nach Stoßen. Die Blasen kämen jetzt nur noch an den Ellbogen, früher auch an den Händen.) Hände inklus. Nägel ganz o. B.

Wir haben demnach in der Familie Fl. zwei Dermatosen vor uns, die sich unzweifelhaft als Mo. R. und Epidermolysis bullosa dystrophica dokumentieren. An der Diagnose kann kein Zweifel bestehen. Der Vater ist tot, doch litt er nach der bestimmten Angabe seiner Frau an zahllosen braunen,

Digitized by Google

milchkaffeeähnlich gefärbten Flecken. Ob Tumoren daneben bestanden haben, weiß sie nicht mit Sicherheit. Die Todesursache war Tuberculosis pulmonum, bei Mo. R. eine nicht seltene Komplikation. Die Mutter der Familie zeigt eindeutige klinische Anzeichen der dystrophischen Epidermolysisform, Atrophie der Haut an den Prädilektionsstellen dieser Erkrankung (Ellbogen und Knie, Hände und Füße), Verkümmerung oder Fehlen der Nägel, Bildung von Epidermiszysten (Milien) an Händen, Ellbogen und Knien, wie sie nach Abheilung der Epidermolysisblasen auftreten können. Bei vier von den sechs Kindern finden sich deutliche Zeichen von Mo. R. neben Epidermolysis dystrophica, bei einem Sohn (Josef) besteht nur die Recklinghausensche Krankheit, bei einem anderen Kinde (Wilhelm) nur Epidermolysis dystrophica.

Eine sorgfältige klinische Untersuchung brachte bei einzelnen Familienmitgliedern Krankheitssymptome an den Tag, die hinsichtlich ihrer Zugehörigkeit zum Mo. R. oder zur Epidermolysis eine kurze Besprechung verdienen. Die Aufnahme des Blutstatus brachte schon ganz interessante Ergebnisse. So bei Peter Fl., der an beiden Krankheiten leidet, *eine ausgesprochene Leukopenie von 2500 weißen Zellen* (wiederholte Zählung). In der Niederrh. Gesellsch. für Natur- und Heilkunde in Bonn am 14. Mai 1917 hat *E. Hoffmann* (D. m. W. 1917, Nr. 29, S. 922) bereits einen Kranken mit Epidermolysis dystrophica vorgestellt, bei dem sich ebenfalls eine Verminderung der weißen Blutzellen nachweisen ließ, so daß also auch wohl in unserem Falle die Leukopenie mit der Epidermolysis in Beziehung zu bringen ist. Eine Vermehrung der weißen Blutkörperchen bei dieser Erkrankung hat *Stühmer* (Arch. f. Derm. 126, S. 74) gesehen. Außerdem bestand bei unserem erwähnten Patienten eine erhebliche Vermehrung der Monozyten im Blute (12,5%), bei seinem Bruder Heinrich eine deutliche Lymphozytose (53%), etwas weniger ausgeprägt bei seiner Schwester (40%). Diese Befunde decken sich mit den Untersuchungsergebnissen von *Spiethoff* (Arch. f. Derm. 123, 877), der öfters eine erhebliche Erhöhung der Werte an großen mononukleären und Übergangszellen sowie Lymphozytose bei Epidermolysis dystrophica gesehen hat. Außerdem bestand bei Heinrich eine deutliche Vergrößerung der Milz, was in Gemeinschaft mit der Lymphozytose auf eine Hyperplasie des lymphatischen Apparates hinweist. Bei Heinrich und Katharina Fl. fanden sich neben den Hauterscheinungen von Recklinghausenscher Krank-

Digitized by Google

heit zahlreiche gelblich-bräunliche kleinfleckige Pigmentierungen der Iris beiderseits, die den Pigmentflecken auf der Haut entsprechen dürften (vgl. *Werther*, Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskrankh. 17, 853). Augenveränderungen anderer Art, z. B. markhaltige Nervenfasern in der Netzhaut, wie sie *Fischer* (Derm. Zeitschr. 42, 143) bei Mo. R. beschrieben hat, waren in unseren Fällen nicht festzustellen, nur bei Katharina eine abnorme Schlängelung der Fundusgefäße (Tortuositas vasorum). Bemerkenswert ist auch, daß bei sämtlichen an Recklinghausen erkrankten Kindern der Familie Fl. (Heinrich, Maria, Peter, Josef, Katharina) die Patellar- und Achillessehnenreflexe nur schwer auslösbar waren, zum Teil nur mit Hilfe des Jendrassikschen Handgriffs. Anomalien der Reflexerregbarkeit sind bei Mo. R. bekannt (s. *Adrian*, Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Medizin u. Chir. 1903, S. 437/38). Störungen von seiten der Mundschleimhaut, die häufig eine Begleiterscheinung der Epidermolysis sind, waren nur bei Wilhelm Fl. festzustellen.

Einiger Worte bedürfen die vor allem bei Heinrich Fl. beobachteten Skelettanomalien. Es handelt sich bei ihnen um eine ausgesprochene Asymmetrie des Gesichtsschädels, eine Linksskoliose. Die gleiche links konvexe Schädelskoliose finden wir — etwas geringer ausgeprägt — bei dem Bruder Josef.

Das Vorkommen von Schädelasymmetrie wird bei Mo. R. öfters beschrieben. Sehr interessant ist in diesem Zusammenhang auch ein Fall von *Ziehen* (Ztschr. für die Erforschung usw. des jugendl. Schwachsinns, Bd. 31): Der Patient litt an angeborenem halbseitigem Riesenwuchs des Schädels, sein Vater an Mo. R. Nähere Hinweise auf die Häufigkeit der Schädelasymmetrie bei Mo. R. finden sich auch bei *Fischer* und *Adrian*, l. c. Ist hier die formale Genese der Skelettanamolien noch unklar (wenn auch ihre früh embryonale Entstehung höchst wahrscheinlich ist), so sind wir doch in der Lage, eine zweite, die wir bei mehreren Mitgliedern unserer Geschwisterschaft beobachteten, zu erklären: Heinrich, Josef und Peter haben eine doppelseitige Scapula scaphoidea, Willy eine linksseitige, während er rechts eine sogenannte S-Skapula aufweist. In einer früheren Arbeit konnte der eine von uns (*Curtius*, Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. 92, 118) nachweisen, daß die Scap. scaph. in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle als eine rachitische Zugdeformierung des Schulterblattes durch den M. rhomb. minor aufgefaßt werden muß. Bei Heinrich und Josef können wir keine sonstigen rachitischen Symptome mehr nach-

Digitized by Google

weisen. (Das Verschwinden derselben ist im allgemeinen bekannt, und auch die Scap. scaph. macht, wie l. c. näher ausgeführt wird, davon keine Ausnahme.) Bei dem jüngeren Bruder finden wir noch andere deutliche Rachitissymptome: der 14jährige Willy hat einen starken Rosenkranz, mäßige Epiphysenverdickung der Vorderarme; der 12jährige Peter zeigt eine ausgesprochene Schusterbrust.

Über das Vorkommen einer Scap. scaph. bei mehreren Geschwistern wurde schon in der zitierten Arbeit berichtet. Ergänzend ist hinzuzufügen, daß inzwischen durchgeführte Untersuchungen an Zwillingen und andere Familienuntersuchungen auch uns reichliche Belege für die hochgradig genotypische Bedingtheit der Rachitis brachten. Wir beobachteten, wie auch andere Autoren, daß nicht nur die Rachitisanlage im allgemeinen, sondern die Lokalisation der Erkrankung im besonderen in hochgradiger Weise erblich bedingt ist. (Vgl. auch *Siemens*, Die Zwillingspathologie 1924, *Weitz*, Zeitschr. f. klin. Med. 1925, *Lederer*, Konstitutionspathologie der Kinderheilkunde, S. 123, J. Springer, 1924, *Langstein*, zit. bei *Lederer*). So sind wir auch berechtigt, die hier gefundenen Scap. scaph. als bedingt durch eine in dieser Geschwisterschaft genotypisch und phänotypisch hochgradig ähnlich beschaffene Rachitis zu erklären.

Die Häufigkeit von rachitischen und osteomalazischen Prozessen bei Mo. R. ist bekannt. (Lit. bei *Oppenheim*, Lehrb. d. Nervenkrankh. 6. Aufl. I, S. 788, und bei *Adrian*, l. c. S. 518/19.)

Bei allen unseren Fällen von Mo. R. wurden ausschließlich Pigmentierungen und wenig blaue Flecken ohne die typischen Tumoren angetroffen. Es handelt sich hier entweder um „Frühformen" dieser Erkrankung, bei denen die Tumoren erst später auftreten können, was bei dem jugendlichen Alter der Erkrankten verständlich erscheint, oder aber es kann sich auch um wirkliche Formes frustes, sogenannte „Abortivformen" handeln, d. h. um solche Fälle, bei denen das Stadium der Pigmentierung nicht überschritten wird und es nie zur Entstehung von Tumoren kommt; der Vater soll nie Tumoren gehabt haben, es scheint demnach erlaubt zu sein „Abortivformen" anzunehmen. Solche Fälle in mehreren Generationen, die über die Pigmentierung nicht hinauskamen, sind aus der Literatur bekannt (*Siemens*, Derm. Zeitschr. 46, 168; *Holländer*, Arch. f. Derm. 143, 329). *Langer* und *Gumpert* (Arch. f. Derm. 144, 277) haben dagegen vier Fälle von Mo. R. beschrieben, die den Ent-

Digitized by Google

wicklungsgang vom Pigmentfleck über die „blauen Flecke" zur ausgedehnten Neurofibromatose veranschaulichen.

Die Epidermolysis bullosa dystrophica erstreckte sich in unseren Fällen auch auf die Mutter der Frau Fl., die, wie mit Sicherheit angegeben wird, ebenfalls an der Blasenaffektion gelitten hat. Zwei Schwestern der Frau Fl. leiden ebenfalls an dieser Erkrankung, von denen eine vier, die andere drei Kinder hat. Von den ersten vier Kindern weist nur eins, von den drei anderen ebenfalls eins die Symptome der Epidermolysis dystrophica auf. Die Mutter mit den vier Kindern konnten wir näher untersuchen. Wir lassen die Krankengeschichte folgen.

Frau *Peter Fisch.*, geb. 21. 11. 1884. *Epidermolysis dystrophica.* (Nr. 28 des Stammbaumes.)

Familienanamnese: Siehe Frau Fl. (Schwester derselben). Eigenanamnese: Stets gesund, abgesehen von der Blasenerkrankung. Diese besteht von Jugend an. Kommt auch ohne Stoßen, besonders stark aber nach Stoßen. Sonst nie ernstlich krank. Eine Fehlgeburt, 7 Monate. Normale Menses, alle 4 Wochen einen Tag. In der Jugend soll das bestehende Hautleiden schlimmer gewesen sein, in der Pubertät habe es sich wesentlich gebessert.

Befund: Mittelgroße Frau in gutem Ernährungs- und Kräftezustand. Pupillen gleichweit, rund, reagieren auf Licht und Konvergenz. Iris graublau. Haare kastanienbraun. Keine Struma, unter dem Unterkiefer links und rechts je eine haselnußgroße Drüse. Rachen, Tonsillen o. B. Zähne leidlich intakt. Keine wesentlichen Axillardrüsen. Thorax gut gewölbt. Gute Exkursionen. Normale Mammae. Herz in normalen Grenzen. Erster Ton an der Spitze etwas unrein, Basistöne leiser als an der Spitze. Normale Aktion. Puls: 72 p. M. Blutdruck: 130/80 mm Hg. Lungen: Normale Grenzen, verschieblich, keine Dämpfung, etwas verschärftes Vesikuläratmen. Abdomen: Mäßiger Hängebauch, alte Striae. Leber 2 Querfinger unter dem rechten R. B. etwas druckempfindlich. Milz nicht fühlbar. Extremitäten: Varizen an beiden Unterschenkeln, links mehr als rechts. Nervensystem: Pat.-SR., Ach.-SR. r. = l. +. Blutbild: Hämoglobin 110% (Sahli), Erythroz. 4,6 Mill., Leukozyt. 6400, 74% Neutroph., 23% Lymphozyt., 1% Monoz., 2% Eos.

Haut: An beiden Knien und linken Ellbogen haben sich rötliche hyperämische Flächen gebildet, auf denen die Haut leicht atrophisch und gerunzelt erscheint, und teilweise braune Krusten trägt. Handrücken und Handflächen sind frei, die Haut über den Endphalangen der Finger zeigt ebensolche leicht atrophische, rötliche Herde von kleinerem Ausmaß. Auch einige papulöse linsengroße Infiltrate sind auf der Dorsalseite des linken Mittelfingers zu sehen. Auf beiden Fußrücken etwa bohnengroße Flecke, hyperämisch mit Einlagerung mattgelblich-weißer Knötchen von ungefähr Hirsekorngröße (Milien). Sehr auffallend sind die dystrophischen Veränderungen von seiten der Nägel. Linke Hand: Zeigefingernagel fehlt völlig, Daumen- und Mittelfingernagel im vorderen Teil abgesplittert, im übrigen graubraun verfärbt, glanzlos, trocken, verdickt und rissig. 4. und 5. Fingernagel o. B. Rechte Hand: Nagel des Daumes und Zeigefingers völlig fehlend. 2. und 5. Fingernagel im vorderen Teil gesplittert, rauh, mit darunterliegenden Hornmassen. 4. Finger-

Digitized by Google

nagel erhalten. Die Nägel beider Füße fehlen fast alle vollständig oder sind bis auf bräunliche, trockene verdickte Reste geschwunden.

1. *Karoline Fisch.*, 12 Jahre alt. Leidet an ausgedehnten linksseitigen kongenitalen Muskeldefekten. Keine Epidermolysis, kein Recklinghausen. (Nr. 9 des Stammbaumes.)

2. *Käthe Fisch.*, 11 Jahre alt. Abgesehen von Oxyuriasis völlig gesund. (Nr. 10 des Stammbaumes.)

3. *Gerta Fisch.*, 10 Jahre alt, gesund. (Nr. 12 des Stammbaumes.)

4. *Maria Fisch.*, 6 Jahre alt. (Nr. 11 des Stammbaumes.) Abgesehen von der bestehenden Epidermolysis und einer ziemlich erheblichen Lymphozytose des Blutes gesund. Die Eosinoph. ist wahrscheinlich auf bestehende Oxyuriasis zurückzuführen.Blutbild: 90% Hb. (Sahli), 5,6 Mill. Erythroz., 6200 Leukozyt., 39% Neutrophile, 51% Lymphozyt., 2,5% Monozyt., 7,5% Eosinophile.

Haut: Knie und Tibiae in größerer Ausdehnung gerötet, zigarettenpapierdünn, mit einigen Krustenauflagerungen. Vielfach in diesen Bezirken Einlagerung von weißlichen prominenten Milien. Rechter Unterschenkel zeigt auf geröteter Haut eine frische pfennigstückgroße pralle Blase. Auch am linken Nasenflügel eine erbsengroße Blase. Die Haut beider Ellbogen ist ebenfalls flächenhaft gerötet, runzelig und leicht atrophisch, zum Teil mit Krusten bedeckt. In den Hohlhänden finden sich warzenähnliche Hyperkeratosen. An den Händen sind hauptsächlich die Phalangen der Finger befallen. Die Haut über den Endphalangen ist gerunzelt, hyperämisch, die übrige Haut der Finger läßt dorsal zahlreiche papulöse etwa linsengroße Effloreszenzen mit Milieneinlagerung erkennen, besonders über den Mittelphalangen. Nägel der linken Hand: Zeigefingernagel fehlt ganz, 1. 3. und 5. Fingernagel verdickt und rissig, glanzlos aufgerauht und bräunlich verfärbt mit subungualen Hornmassen. 4. Fingernagel intakt. Rechte Hand: Zeigefingernagel bis auf eine schmale aufgesplitterte, trübe Leiste geschwunden. Übrige Nägel von normaler Beschaffenheit. Auch die Zehennägel sind bis auf den 4. und 5. Nagel beider Füße mehr oder weniger geschädigt, rauh, glanzlos und trocken, zum Teil hyperkeratotisch verdickt. Nikolsky negativ. Bemerkenswert ist auch hier wieder die deutliche Lymphozytose (51%).

Wir haben also die interessante Tatsache zu verzeichnen, daß *die dystrophische Epidermolysis in drei Generationen* beobachtet wurde, was bisher nur selten der Fall war (vgl. oben *Kenedy* und *Kraus*). Die einfache Form der Epidermolysis weist dagegen meist ausgesprochen dominanten Abgang auf und ist bis durch sieben Generationen verfolgt worden.

Schon bei kurzer Besichtigung erweist sich die Epidermolysis unseres Stammbaums als klassisch dominant vererbt: jeder Erkrankte hat ein krankes Elter (in unserem Falle nur Mütter: daß keine Geschlechtsbegrenztheit vorliegt, beweisen aber die Fälle 16, 19 und 20). Ein Überspringen von Generationen findet nicht statt. Das „einmal frei, immer frei" demonstrieren die Paare 24×25 und 30×31 mit ihren fünf bzw. drei Kindern. Dieses Freibleiben der Deszendenz gesunder Eltern ist bekanntlich ein Hauptkriterium der Dominanz im Gegensatz zum re-

Digitized by Google

zessiven Erbgang, bei dem nur homozygot behaftete Individuen manifest erkranken, während die heterozygote Anlage sich generationenlang latent weitervererben kann.

Die bei Betrachtung der Einzelfamilien ungenauen Mendelzahlen nähern sich bei Zusammenfassung aller Fälle weitgehend den theoretisch geforderten, wenn ihnen auch wegen der geringen Zahl der erfaßten Individuen ein nicht unbeträchtlicher Fehler der kleinen Zahl anhaftet. Die Auszählung der 18 Individuen, welche von der Stammutter 39 abzuleiten sind und selbst ein krankes Elter haben (nur solche dürfen bekanntlich bei einer summierenden Analyse verwertet werden) ergibt 10 Kranke : 8 Gesunden, d. h. also praktisch etwa 50 : 50%.

Auch die Mo.-R.-Familie zeigt uns dominanten Erbgang, wie sich aus der Erkrankung des Vaters Jakob Fl. (Nr. 33 des Stammbaums) und seiner fünf Kinder an Mo. R. ergibt. Bei einer Schwester von Jakob Fl. waren ebenfalls Symptome von Mo. R. (zahlreiche Café-au-lait-Flecke) vorhanden (Nr. 34 des Stammbaums). Ob einer der Großeltern erkrankt war, ließ sich nicht feststellen. Bei der geringen Anzahl der Untersuchten wäre es natürlich verfehlt, Mendelzahlen zu erwarten. Auch die Literatur weist eindeutig auf den dominanten Charakter des Mo. R. hin: die zusammenfassende Darstellung von *Hoekstra (In.-Diss. Berlin 1921)* weist unter 77 Literaturfällen von Mo. R. 59 sicher dominante nach (ein Elter, ein oder mehrere Kinder erkrankt; schließlich waren in einer Reihe von Fällen Eltern und Kinder des Probanden erkrankt. 12 Fälle sind unsicher dominant (ungenügende Anamnesen, ein oder mehrere Geschwister erkrankt). Unregelmäßige Dominanz schließlich zeigen in der erwähnten Abhandlung die Fälle C 22, C 27 und C 60.

Eine weitere Familie, die wir flüchtig untersuchen konnten, zeigte ebenfalls Dominanz (Vater und ca. 50% Kinder erkrankt).

Interessant ist die hochgradige Belastung der Geschwisterschaft 16—21: vier Kinder leiden an Mo. R. und Epidermolysis dystrophica, je eins an Mo. R. allein und Epidermolysis allein. Wohl muß man sich hüten, aus den Zahlenverhältnissen *einer* Geschwisterschaft zu weitgehende Rückschlüsse zu machen. Unsere Familie selbst zeigt in bezug auf die Epidermolysis, wie bei Heranziehung des weiteren Verwandtschaftskreises die theoretisch geforderten Mendelzahlen annähernd erhalten werden. Daß auch die Recklinghausensche Krankheit so gehäuft auftritt, gibt doch zu denken. Es ist daher nicht unmöglich, daß

Digitized by Google

für diese Verhältnisse die gegenseitige schon frühembryonale Beeinflussung der beiden Dermatosen verantwortlich zu machen ist.

Leider war es uns trotz aller Bemühungen nur in bescheidenem Maße möglich, die weitere Verwandtschaft der erwähnten Familien durchzuuntersuchen. Manche bemerkenswerte Beobachtung wäre sonst sicherlich noch zu verzeichnen gewesen.

Zusammenfassung.

Es wird das gleichzeitige Vorkommen von Mo. R. und Epidermolysis bullosa dystrophica in einer Familie beschrieben. Beide Erkrankungen lassen einen dominanten Erbgang erkennen, was bei der dystrophischen Form der Epidermolysis nur selten beobachtet wird. Neben der starken Belastung der befallenen Familie (vier von sechs Kindern leiden an beiden Krankheiten, je eins an Epidermolysis allein und Mo. R. allein) fanden sich bei einigen Erkrankten bemerkenswerte Krankheitssymptome verschiedener Art, wie Lymphozytose, Leukopenie, Skelettanomalien u. a. m.

II.

Zur Kasuistik seltener Nagelkrankheiten.

XVIII.

Dystrophia ungium mediana canaliformis.[1])

Von

Professor Dr. JULIUS HELLER.

Mit der obigen Bezeichnung möchte ich eine Nagelerkrankung charakterisieren, die ich bisher weder beschrieben gefunden noch selbst gesehen habe.

Bei einem 20jährigen Kaufmann, der in einem Milieu lebt, das auf geringe körperliche Störungen zu achten gewohnt ist, bildete sich etwa vom 10. Lebensjahre ab eine nach völliger Ausbildung sich nicht mehr ändernde Nagelerkrankung aus. Es entwickelte sich genau in der Mitte der beiden Daumennägel eine etwa 2,5 mm breite *kanalartige Furche*, deren aus fester Nagelsubstanz bestehender Boden eigentümlich gestreift war. Die Ränder dieser Furche, die „Kanalwände", fielen steil ab. Ein Nagelschnitzel vom

[1]) Vortrag in der Berl. derm. Gesellsch. am 10. VII. 1927.

Digitized by Google

distalen Ende zeigte auf dem Querschnitt, daß die verhältnismäßig erhebliche Tiefe des Kanals nur dadurch möglich war, daß die Kanalsohle tiefer lag, als es der Fall gewesen wäre, wenn etwa der Kanal durch einfachen Ausfall der Nagelsubstanz entstanden wäre. (Vgl. Abb. 1.)

Schimmelpilze fanden sich bei sorgfältiger Behandlung der Nagelschnitzel mit Kalilauge *nicht*. Die mikroskopische Untersuchung ergab zwar keine die Ätiologie klärende, immerhin aber doch bemerkenswerte Ergebnisse.

Zur Untersuchung kam ein etwa 2 mm breites Stück des distalen Nagelplattenendes des rechten Daumens. Das Stück zeigte die charakteristische, dem Kanal entsprechende Vertiefung. Die Technik der mikro. Untersuchung war die in beiden Auflagen meines Buches (Die Krankheiten der Nägel) be-

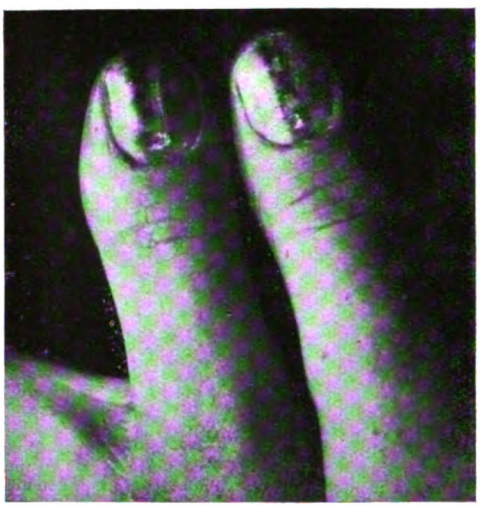


Abb. 1.

schriebene modifizierte Zelloidineinbettung. Der Versuch, die Nagelplatte durch Vorbehandlung mit *Diaphanol* leichter schneidbar zu machen, hatte keinen besonderen Erfolg, da mein Reagenz im Laufe der Zeit unwirksam geworden war, die Substanz selbst aber aus dem Handel gezogen und heute nicht mehr erhältlich ist. (Vgl. Abb. 2.)

Die dem Nagelbett zugewandte Fläche der Nagelplatte ist völlig normal, nur ist die der tiefer gelegenen Kanalsohle entsprechende Einknickung deutlich durch eine konvexe Ausbuchtung erkennbar. Man sieht, daß die Züge durchaus normal vernagelter Zellen unter einer entsprechenden Bogenlinie in die Aussackung hineinziehen. Der Kanal ist eben nicht durch einen Substanzverlust, sondern durch eine Ausbiegung der Platte entstanden. Fünf Sechstel bis drei Viertel der Dicke der Nagelplatte besteht aus völlig normalen Nagelzellen. Ein Fünftel bis ein Viertel der Dicke der Nagelsubstanz, gerechnet von der freiliegenden Oberfläche der Platte an, ist pathologisch verändert. Die Tiefe dieser Zone nimmt von den Rändern nach der Kanaltiefe aus zu. Die eigentliche Kanalsohle ist am meisten verändert. Man kann eine große Zahl von Nagel-

Digitized by Google

zellen unterscheiden, die nicht vollständig den Vernagelungsprozeß durchgemacht haben. Die Zellen nehmen Farbstoffe (Karmin, Hämatoxylin) auf; sie bilden längliche, spindelartige Körnchenhaufen, wie dies bei so vielen Nagelerkrankungen vorkommt. Diese Zellen finden sich in der Nähe der Kanalseitenwände immer reichlicher, sind aber auch in der Tiefe der Kanalsohle, soweit diese noch aus Nagelsubstanz bestehen, vorhanden. Im Bereich dieser Kanalsohle hat man dann zu unterscheiden: 1. die unmittelbare Bodenfläche, 2. die unter der ersteren liegende Schicht. In letzterer nimmt das Nagelgewebe an vielen Stellen den Farbstoff diffus auf. Stärker erkrankt ist die obere Schicht. Das Horngewebe ist von einer großen Zahl von Sprüngen, die tief in die Substanz eindringen, durchzogen. Teils handelt es sich um freiliegende leere Spalten, teils um tief eindringende, langgestreckte Hohlräume, die mit zerfallenden Hornmassen, Zelltrümmern, Staub und Schmutzpartikeln erfüllt sind. Reste von Blut sind nicht zu erblicken.

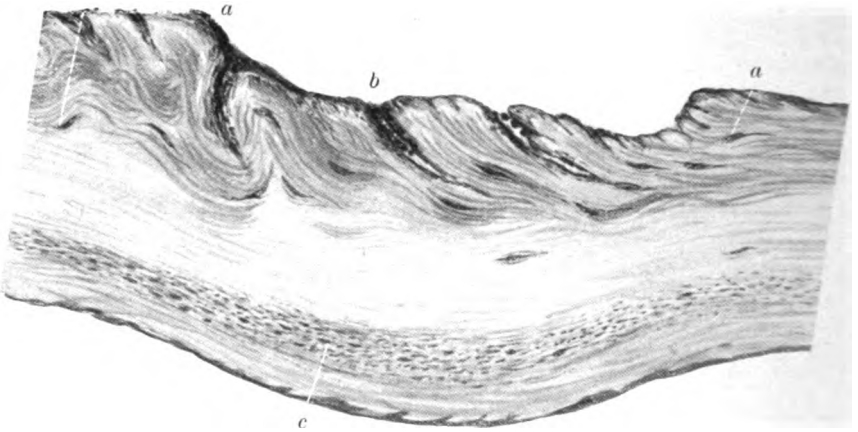


Abb. 2. *a* Kanalwände und Nageloberfläche. *b* nekrotische Partien und Spalten. *c* nur teilweise vernagelte Zellen. *d* Ausbuchtung der Nagelplatte entsprechend der Vertiefung bei *a*.

Für mikrochemische Untersuchungen fehlte es an Material. Die gewöhnlichen Prüfungsmethoden, z. B. auf Eisen (Blut), führen gerade an der so vielen äußeren Einwirkungen ausgesetzten Nagelplatte mehr zum Irrtum als zur Klärung. Schimmel- und Spaltpilze (Färbung mit Kresyl-echt-Violett ergaben kein Resultat).

Die mikroskopische Untersuchung der Nagelabschnitte ist, da ja eine Untersuchung des ganzen Nagelorgans unmöglich ist, im allgemeinen recht unfruchtbar. In diesem Falle hat sich jedoch das wichtige Resultat ergeben, daß es sich keinesfalls um Artefakte handelt, sondern daß eine vom Nagelorgan ausgehende besondere Erkrankung vorliegt.

Klinisch ist allerdings die Ätiologie und Pathogenese des Prozesses völlig ungeklärt. Die übrigen Nägel des Patienten sind gut ausgebildet, zeigen normale Lunulaentwicklung. Die Kopfhaare sind sehr üppig; es besteht zur Zeit keine Seborrhöe, obwohl Patient aus einer Seborrhoikerfamilie (der Vater soll seit seinem 35. Jahre kahl gewesen sein) stammt. Patient selbst neigt

Digitized by Google

etwas zur Fettsucht, die jedoch bei dem sehr großen, ungewöhnlich stattlichen jungen Manne nicht sehr stört. Die Augen sind groß und strahlend, es besteht aber kein für Basedow sprechendes Symptom. Sonstige Zeichen endokriner Erkrankungen fehlen; die Geschlechtsorgane sind und funktionieren normal. Am Herzen finden sich keine Anomalien. Besondere bisher nicht genannte erbliche Momente sind nicht festzustellen. Patient gibt an, linkshändig zu sein. Ein Unterschied in der Nageldeformität zwischen links und rechts besteht nicht. Ätiologisch in Frage kommende Noxen sind nicht festzustellen; die Tätigkeit des Patienten als Kaufmann kann die Erkrankung ebensowenig erklären wie die vom P. zugegebene Neigung, das Nageloberhäutchen mit Instrumenten oder den eigenen Nägeln zu bearbeiten und zurückzuschieben, da eine große Anzahl von Menschen das gleiche tut, ohne an dieser eigenartigen Deformität zu leiden.

Es bleibt daher nur übrig, eine Anzahl von Hypothesen aufzustellen. Die Affektion hat in ihrer äußeren longitudinal die Mitte der Nagelplatte einnehmenden Gestaltung etwas Ähnlichkeit mit dem von mir beschriebenen *Ekzema medianum striatum unguium*. Es handelt sich bei dieser Erkrankung um die auf die Mitte der Nagelplatte beschränkte fortlaufend hintereinander gelegene tiefe Depression, die ich im Band X, Heft 4 dieser Zeitschrift beschrieben und abgebildet habe. Bei mehreren meiner Kranken habe ich festgestellt, daß die Rubrizierung dieser Krankheit als Ekzem zu Recht erfolgt war, weil später bei ihnen sowohl Nagel- als allgemeine Hautekzeme beobachtet wurden.

Ob auch hier ein Ekzem vorliegt, bleibt abzuwarten. Der Name Dystrophie scheint mir vorsichtiger gewählt zu sein. Die Symmetrie der Affektion sowohl in bezug auf die erkrankten Nägel als auch in bezug auf die erkrankte Nagelpartie weist wieder einmal darauf hin, daß wir nach Ausschluß äußerer die Symmetrie erklärender Momente auf trophische Zentren im Zentralnervensystem hingewiesen werden, die freilich wieder in Teilzentren zerfallen müßten, die der Trophik der verschiedenen Nagelabschnitte vorstehen. Hier erreichen wir allerdings die Grenze des überhaupt noch Vorstellbaren.

Digitized by Google

III.

(Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses Berlin. (Dirig. Arzt: Prof. Dr. *A. Buschke*].)

Über einen Fall von gonorrhöischer Keratose der Haut und Mundschleimhaut.

Von

Dr. LAZAR BERMAN.

Im Verlauf der Gonorrhöe können verschiedene Komplikationen entstehen, die in Form von Arthritis, Konjunktivitis, Endokarditis usw. auftreten. Zu den seltenen Komplikationen gehören die gonorrhöischen Erkrankungen der Haut, die sich in seltenen Fällen entweder auf die Genitalregion *(Buschke* und *Langer)* allein beschränken können oder auf den ganzen Körper ausbreiten. *Buschke* hat die gonorrhöischen Hautexantheme in 4 Gruppen eingeteilt: 1. einfache Erytheme, 2. Urtikaria und Erythema nodosumartige, 3. hämorrhagische und bullöse Exantheme und 4. Hyperkeratosen. Doch hat er in einer späteren Arbeit die strenge Klassifizierung der gonorrhöischen Hautexantheme fallen gelassen, da alle diese Formen nebeneinander auftreten können und in den meisten Fällen die eine Form in die andere übergehen kann. Das Primäre wäre dann die entzündliche papulöse und vesikulöse Form, die sich allmählich in die hyperkeratotische verwandelt. Die hyperkeratotischen Effloreszenzen wären als Endstadium der gonorrhöischen Hautentzündung anzusehen. Solche Fälle von gonorrhöisch-hyperkeratotischen Hautexanthemen sind in der Literatur vielfach beschrieben worden. *Arning* und *Meyer-Delius* konnten unter 4300 gonorrhöischen Männern 6 mal Hyperkeratosen feststellen; *Buschke* und *Langer* haben aus der Literatur im ganzen 57 Fälle von gonorrhöischer Keratose zusammengestellt. Selten sind aber die Schleimhäute bei der Gonorrhöe befallen. Fälle von Mund- und Rachenschleimhaut-Exanthem sind in der Literatur von *Frei, Guerrieri, Bogrow* und *Stanislawski* beschrieben worden. Sie treten auf in Form von scharf abgesetzten, gelblichen oder

Digitized by Google

mehr weißlichen, trocknen, hyperkeratotischen Plaques oder in Form von rötlichen, von weißem, keratotischem Rand umgebenen runden Flecken.

Bei *Stanislawski* handelte es sich um einen 28jährigen Patienten mit gonorrhöischer Urethritis, Affektion der Gelenke und symmetrischem hyperkeratotischen Exanthem an den Knöcheln, Oberschenkeln, Scrotum, Glans penis und in der Kreuzgegend. Die Mund- und Rachenschleimhaut war mit intensiv gerötetem, scharf zirkumskripten, hornartigen, erhabenen Plaques bedeckt.

Guerierri beschreibt einen Fall mit typischen Veränderungen an den Füßen, Händen, Oberschenkeln, am Scrotum und Präputium, ferner zeigte die Schleimhaut des Gaumens gerötete, deutlich hyperkeratotische Herde.

Frei berichtet über einen Fall von akuter Urethral-Gonorrhöe, Gonarthritis sin., endogener Konjunktivitis, kegelförmigen Hyperkeratosen an den Fußsohlen und Zehen, Balanitis circinata sowie von Exanthem an der Mundschleimhaut in Form von linsengroßen, roten, von weißlichem Rand umgebenen, runden Flecken.

Bogrow demonstrierte am 7. 3. 1910 in der Moskauer Dermatologischen Gesellschaft einen Fall von gonorrhöischer Urethritis mit Arthritis der Knie- und Fußgelenke und vesikulösen, später hyperkeratotischen Veränderungen an den Füßen und im Gebiete des zweiten bis dritten Lendenwirbels. An der Grenze des harten und weichen Gaumens fand sich eine ovale, hyperämische Partie und innerhalb derselben fünf bis sechs stecknadelkopfgroße, milchartig-weiße, wie Bläschen aussehende, jedoch durchaus solide Erhebungen. In der Gegend der Schneidezähne am Zahnfleisch (vorn) einige kleine weißliche, bläschenförmige Erhebungen auf hyperämisiertem Grunde, analog den Veränderungen am harten Gaumen.

Im Anschluß daran möchte ich nun über einen Fall von gonorrhöischer Haut- und Schleimhautkeratose berichten, der in der dermatologischen Abteilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses (Abt. Prof. *Buschke)* beobachtet wurde.

Es handelt sich um einen 37jährigen Patienten. Familienanamnese: o. B. 1909, 1911, 1914, 1920: Go. 1924: Go., Schwellung beider Fußgelenke; an der Glans penis und Corona glandis mehrere bis linsengroße, kreisrunde, leicht erhabene, nässende Effloreszenzen. März 1927, 3 Tage nach dem letzten Koitus, Ausfluß aus der Harnröhre. Anfang April setzten plötzlich heftige, reißende Schmerzen in den Fußgelenken ein, Ausschlag an Beinen und am Gaumen. Nachträglich gibt Patient an, daß auch bei den früheren Gonorrhöen, etwa 14 Tage nach Auftreten des Ausflusses, am Glied und an den Füßen ein Ausschlag auftrat, der mit kleinen Bläschen begann und sich in reizlose, schmerzlose Pickel verwandelte.

Patient ist mittelgroß, in gutem Ernährungszustand. Haut und Schleimhäute ausreichend durchblutet.

Rachenorgane: Im Bereich des harten Gaumens links multiple, kleine, bis linsengroße, hyperkeratotische Herde, mehrere, strichförmige, leicht keratotische, gruppiert angeordnete Herde an der rechten Wangenschleimhaut.

Digitized by Google

Pulmones, Cor, Abdomen, Nervensystem: o. B.

Genitale: Eitriger Ausfluß aus der Urethra. Am Sulcus coronarius und *am inneren Präputialblatt zirkumskripte, zirzinäre, trockene Erosionen. An der Glans penis mehrere intensiv rote, linsen- bis erbsengroße Herde mit gelblichen Schuppen bedeckt.*

Hoden, Nebenhoden, Samenstrang: o. B. Prostata: bds. vergrößert, l. > r., etwas derb, leicht druckempfindlich, glatt.

Extremitäten: Linkes Fußgelenk dorsal geschwollen, Konturen leicht verwaschen. Druckschmerz entlang der Sehne des rechten Extensor hallucis longus. Schmerzhaftigkeit bei Bewegung der großen Zehe.

Haut: An der Innenseite der Oberschenkel, nahe der Kruralfurche rechts, eine Gruppe von etwa 14 stecknadelkopf- bis halbpfenniggroßen, gelblich-rötlichen, unregelmäßig begrenzten, papulösen Bildungen, deren Oberfläche stellenweise Krustenauflagerungen trägt. An der Außenseite der Ferse, am Fußrücken, an der kleinen Zehe, am Rücken der zweiten Zehe mehrere halblinsengroße, gelb-bräunliche, keratotische Effloreszenzen. An der vierten Zehe lateral ein Herd in 1:0,5 cm Ausdehnung, bestehend aus einer sich körnig anfühlenden, papulösen und einer mehr pustulösen Veränderung. Im Bereich des Zehengrundgelenks drei linsengroße, schwielige Papeln, zum Teil mit abblätternder Schuppendecke. An der Fußsohle sind die Veränderungen am stärksten im Bereich der dritten bis fünften Zehe in Form von konfluierenden, zum Teil durchscheinenden, bräunlich-rötlichen, durchschnittlich linsengroßen Infiltraten.

Am linken Fuß nur ganz vereinzelte Herde. Zwei Querfinger oberhalb des äußeren Knöchels eine krustöse Effloreszenz von gut Linsengröße. An der Fußsohle, nach der Ferse zu, eine Gruppe von über vier Dutzend durchschnittlich doppeltstecknadelkopfgroßen, rötlichen Infiltraten.

Das Bemerkenswerte im vorliegenden Falle ist das gleichzeitige Auftreten des gonorrhöischen Hautexanthems bei jeder Neuinfektion sowie das Vorhandensein der keratotischen Herde an der Gaumen- und Wangenschleimhaut. Die Veränderungen an der Schleimhaut entsprechen durchaus der Größe und der Form des Hautexanthems. In unserem Falle ähnelten die Effloreszenzen am Gaumen denen an den Füßen; im Falle von *Stanislawski* waren die Elemente größer, gerötet, erhaben und entsprachen durchaus den von ihm beschriebenen Veränderungen an der Glans penis, am Scrotum und an den Oberschenkeln. Die gleichartigen bläschenförmigen Eruptionen an der Gaumenschleimhaut und am Zahnfleisch sowie an der Haut will *Bogrow* auf die Schwäche des entzündlichen Prozesses und die hieraus resultierende geringere Lockerheit der Hornkrüstchen zurückführen. Das Auftreten von mehreren gonorrhöischen Komplikationen in unserem Falle bei gleichzeitigem Bestehen der Schleimhauteruption am Gaumen spricht unbedingt für einen spezifischen Prozeß der Erkrankung. Ob die Gonokokken selbst

Digitized by Google

oder die Toxine die Haut- und Schleimhauterscheinungen hervorrufen, läßt sich schwer nachweisen, da es nur in ganz seltenen Fällen *(Wadsack, Gager, Du-Bois)* gelungen ist, Gonokokken aus dem Inhalt der epithelialen Bläschen oder aus dem Blut *(Kodara, Chauffard* und *Fiessinger, Jenkins)* nachzuweisen. *Buschke* und *Langer* neigen daher zu der Annahme, daß allein das bakterielle oder toxische Moment zur Erklärung der Entstehung des gonorrhöischen Exanthems nicht genügt, sondern daß in Analogie mit der Psoriasis eine hyperkeratotische Disposition der Haut und Schleimhaut besteht, und daß es erst dann durch endogene (Bakterien, Toxine) oder exogene Reize zum Ausbruch des Exanthems kommt. *Olivet* beschreibt einen Fall von akuter Gonorrhöe, Polyarthritis gon. und endogener Konjunktivitis bei einem 40jährigen Manne, bei dem sich mehrere ausgedehnte ekzematöse Hautpartien in Hyperkeratosen verwandelten. Er glaubt durch diese Beobachtung einen weiteren Beweis für die Annahme *Buschkes* und *Langers* erbracht zu haben, daß eine lokale Disposition der Haut im Sinne der hyperkeratotischen Bereitschaft vorliegen muß, die das Zustandekommen der Hautveränderungen bei der Gonorrhöe ermöglicht. Auf Grund dieser Annahme könnte man auch in unserem Falle das Auftreten des Hautexanthems bei jeder Neuinfektion mit Gonorrhöe erklären.

Literaturverzeichnis.

Bogrow, Arch. f. Derm. u. G. 1923. Bd. 143. — *Buschke* und *Langer*, Derm. Wschr. 1923. Nr. 7. — *Frei*, Ztrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskr. 1922. Bd. 4. — *Guerrieri*, Ztrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskr. Bd. 13. S. 450. — *Langer*, Hautkrankheiten bei Gonorrhöe in *Buschke* und *Langer*, Lehrbuch der Gonorrhöe. Springer 1926. — *Stanislawski*, Monatsberichte über Gesamtleistungen a. d. Gebiete d. Harn- u. Sexualapparates. 1900. Bd. 5.

Digitized by Google

IV.

Der heutige Allergiebegriff und allergische Hautkrankheiten.[1])

Von

Dr. RICHARD ROHRBACH,

Facharzt für Hautkrankheiten in Bremen.

Meine Herren! Es kann vor diesem Kreise natürlich nicht meine Aufgabe sein, ein erschöpfendes kritisches Referat über Allergiefragen zu erstatten. Für mich kann es sich nur darum handeln, aus der Fülle des beobachteten Tatsachenmaterials und seiner Deutung durch führende Forscher *die* Punkte klar herauszustellen, in denen sich die pathogenetische Anschauung gegen früher geändert hat, also gewissermaßen die Verschiebung der ganzen Problemlage in den letzten Jahren aufzuzeigen.

Der Grund, mich etwas näher mit dem Allergieproblem zu beschäftigen, war dadurch gegeben, daß es mir ging wie vielen anderen Fachkollegen.

Das *Dörr*'sche Referat auf der Dermatologentagung in Dresden hatte ein wohlgefügtes Gerüst klarer, auf experimentelle Tatsachen gestützter pathogenetischer Anschauungen und heuristisch ungeheuer fruchtbarer Hypothesen eingerissen, und auf dem Trümmerfelde war es nicht ganz leicht, sich zurechtzufinden. Das spürt man schon an den langen Diskussionsbemerkungen *Bruno Blochs* und *Jadassohns*. Es fiel manchem schwer, die ursprüngliche echte Eiweiß-Anaphylaxie *Friedbergers* in ihrer humoralen Fassung und die erste engere Konzeption der Allergie *v. Pirquets* fallen zu lassen, mit welcher *Jadassohn, Bruno Bloch, Zieler*, und besonders der uns allen unvergeßliche *Lewandowski* die pathogenetische Differenzierung der Lues II und III, der Lepra tuberosa und makulo-anaesthetica, der Trichophytie und vor allem der Hauttuberkulose und der Tuberkulide unserm Verständnis wirklich zum ersten Male näher gebracht hatten.

Es wird daher meine Aufgabe sein, in Kürze zu zeigen, welche neuen Anschauungen an Stelle der alten, scharf begrenzten Begriffe getreten sind, und welche Folgen sich für die Klinik hieraus ergeben.

Dazu ist eine ganz kurze Definierung der alten Anaphylaxie, Allergie und Idiosynkrasie notwendig, weil sonst die große Gefahr besteht, daß bei dem modernen Versuch, die festumrissenen Grenzen gut definierter klinischer Begriffe immer mehr zu durchbrechen und niederzulegen, eine große Verwirrung hervorgerufen wird, und schließlich pathologische Erscheinungen von verschiedenem klinischen Habitus und differentem Entstehungsmechanismus kritiklos in denselben

[1]) Vortrag, gehalten in der Nordwestdeutschen Dermatologen-Versammlung zu Bremen.

Digitized by Google

Allergietiegel geworfen werden, wie *Bloch* sagt. Der englische Arzt *Paget*, der zuerst das unter dem Bilde des Ekzems beginnende intraepitheliale Karzinom der Mamma beschrieben hat, hat geäußert: Definitionen, wenn sie mehr sein sollen als bequeme Hilfsmittel für die Einteilung, gehören exakteren Wissenschaften an als die Pathologie ist.

Meine Herren. Diesen Ausspruch wollen wir uns nicht zur Richtschnur nehmen.

Die allergischen Krankheiten sind ja dem Boden der experimentellen Serologie und Immunitätswissenschaft entsprossen, die mit exakten Methoden arbeitet.

Die klassische Anaphylaxie oder Überempfindlichkeit *Friedbergers* besteht darin, daß eine an sich bei weitem noch ungiftige Dosis von Eiweiß bei einem parenteral schon einmal mit dem gleichen Eiweiß vorbehandelten Tier akute Vergiftungserscheinungen und den Tod innerhalb weniger Minuten hervorruft.

Der klassische Anaphylaxieversuch *Friedbergers* an dem empfindlichsten Tiere, dem Meerschweinchen, verläuft folgendermaßen:

Wir spritzen subkutan 1 Centigr. oder 1 Milligr. Pferdeserum (gleich 1 mg oder $^1/_{10}$ mg Pferdeeiweiß), 10—14 Tage später spritzen wir dieselbe Dosis intravenös. Wenige Minuten nach der zweiten Injektion stirbt das Tier unter heftigen Krämpfen, Atemnot usw.

Nicht vorbehandelte Kontrolltiere vertragen selbst 5 ccm Pferdeserum intravenös, also 500mal mehr als zur Tötung des präparierten Tieres erforderlich ist. Der Versuch ist streng spezifisch. Hammelserum oder Kaninchenserum an Stelle von Pferdeserum bei der zweiten Einspritzung macht dem Tiere gar nichts.

Wenn ein mit Pferdeserum vorbehandeltes Tier mit einer geringeren Dosis desselben Serums, also weniger als 1 mg Pferdeeiweiß eingespritzt wird, so macht es eine schwere Vergiftung durch, bleibt aber am Leben. Ein solches Tier verträgt dann am nächsten Tag wiederum das Vielhundertfache der tödlichen Dosis. Es ist antianaphylaktisch geworden.

Dieses toxikologische Verhalten des injizierten Eiweißes weicht von dem der gewöhnlichen Gifte gänzlich ab. Die gewöhnlichen Gifte sind, abgesehen von den klaren Verhältnissen der Kumulation und Angewöhnung, immer gleich wirksam.

Bei der Anaphylaxie stehen wir vor der *verblüffenden* Tatsache, daß *derselbe* Eiweißstoff heute bei dem unvorbereiteten Tiere ganz ungiftig ist, bei dem präparierten in kaum *wägbaren* Mengen giftig wirkt und schon am anderen Tage bei demselben Tiere trotz vielhundertfacher Steigerung der Dosis ganz unwirksam bleibt.

Hieraus schloß *Friedberger* schon 1904, daß nicht das Eiweiß an sich giftig ist, sondern daß das Gift aus ihm erst im Organismus des vorbehandelten Tieres freigemacht wird.

Durch die erstmalige parenterale Injektion oder Präparierung wird ein Antikörper gebildet, welcher das bei der zweiten Injektion zugeführte Eiweiß rapide abbaut zu toxischen Zwischenprodukten.

Jetzt verstehen wir ohne weiteres, warum ein vorbehandeltes Tier, welches nach Wiedereinspritzung einer untertödlichen Dosis die

Digitized by Google

Vergiftung überstanden hat, sich wieder wie ein normales verhalten muß, d. h. relativ große Mengen des betreffenden Eiweißes wieder vertragen muß. Durch die Einspritzung der untertödlichen Dosis sind eben die entsprechenden Antikörper zum größten Teil abgesättigt worden; das Tier ist jetzt anti-anaphylaktisch, wodurch der Status quo ante wieder hergestellt wird. *Friedberger* glaubte durch Aufeinanderwirkenlassen von Antikörper, Antigen der zweiten Einspritzung und Komplement im Reagenzglase jenes im Organismus wirkende Gift künstlich herstellen zu können und nannte es Anaphylatoxin.

Das eben geschilderte Phänomen ist die klassische Eiweißanaphylaxie *Friedbergers*. Sie hat zuerst praktische Bedeutung in der menschlichen Pathologie erlangt bei der beschleunigten Reaktion bei der Serumkrankheit *v. Pirquets*, zu deren Vermeidung wir ja die Erzeugung der Antianaphylaxie heranziehen.

Diese *Friedberger*'sche Anaphylaxie ist der Ausgangspunkt für alle Erwägungen über Allergie und Idiosynkrasie geworden. Die *Friedbergers*che Anaphylaxie ist charakterisiert durch folgende Merkmale:

1. Sie ist erworben und streng spezifisch,
2. das Antigen ist stets ein artfremder Eiweißkörper,
3. es bedarf bis zur Schockmöglichkeit einer gewissen Inkubationszeit,
4. der Antikörper wird ins Blut abgestoßen und kreist darin, daher passive Übertragbarkeit,
5. das Erfolgsorgan ist das Gefäßendothel und glatte Muskeln,
6. die Schocksymptome sind auch bei verschiedensten artfremden Eiweißkörpern (Pferdeserum, Hammelserum, Kaninchenserum) immer die gleichen, also unabhängig von der Natur des Antigens;
7. es besteht die Möglichkeit der Desensibilisierung durch nicht zum Schocktod führende Wiedereinverleibung des Antigens.

Der zweite Begriff, der in seiner ursprünglichen Fassung hier klar gestellt werden muß, ist die *Allergie*.

Dieses von *v. Pirquet* im Jahre 1906 in die medizinische Nomenklatur eingeführte Fremdwort sollte von Anfang an nicht mehr besagen als die durch die Infektion selbst bedingte Veränderung in der Reaktionsweise des Organismus auf das gleiche Virus oder kurz gesagt: das Anders-Reagieren als vor der Infektion.

Im Jahre 1910 begrenzte *v. Pirquet* den Geltungsbereich des von ihm geschaffenen Begriffes auf jene Änderungen der Reaktionsfähigkeit, welche durch das Überstehen einer Krankheit, durch die Vorbehandlung mit bakteriellen Produkten und anderen körperfremden Substanzen in gesetzmäßiger Weise zustande kommen.

Diese Änderung in der Reaktion des Organismus kann sich zeigen 1. als *zeitliche* Änderung der Reaktionsgeschwindigkeit — sofortige oder beschleunigte Reaktion, 2. als *quantitative* Änderung der Reaktionsgröße (Überempfindlichkeit oder Anaphylaxie, Unterempfindlichkeit oder Anergie und Unempfindlichkeit oder Immunität), 3. als *qualitative* Änderung der Reaktionsart oder des reagierenden Gewebes.

Digitized by Google

Somit ist die klassische *Allergie v. Pirquets* gekennzeichnet durch folgende Merkmale:

1. das Antigen ist seiner Natur nach bekannt,
2. es sind Bakterien-Proteine oder ander körperfremde Substanzen,
3. die Allergie *v. Pirquets* ist *erworben*,
4. die qualitative Änderung in der Reaktionsweise des Organismus äußert sich nicht nur in mehr oder weniger akuten allgemeinen Intoxikationserscheinungen, sondern auch in dem Verhalten *des reagierenden Gewebes*.

Das klassische Beispiel dieser *Pirquet*schen Allergie wird immer der *Koch*sche Elementarversuch bleiben, welcher am schlagendsten zeigt, was hier gemeint ist. Ferner gehören hierher die Antigenproben mit Tuberkulin, Luetin, Trichophytin, Mallein usw. Bemerkenswert ist, daß schon *Robert Koch* das Phänomen als Überempfindlichkeit bezeichnete.

Der dritte Begriff, welcher unlöslich mit dem modernen Allergieproblem verknüpft ist, ist die *Idiosynkrasie*.

Der Ausdruck ist geprägt für die feststehende Tatsache, daß eine Substanz, *gleichviel welcher Art*, die für die Mehrzahl der Individuen absolut harmlos und unschädlich ist, bei einigen wenigen aus ganz unerklärlichen Gründen die schwersten und auffälligsten Krankheitssymptome hervorrufen kann, mag sie nun durch Inhalation, per os, subkutan, intravenös, intrakutan oder gar nur perkutan durch die unverletzte Haut in den Organismus gelangen.

Das Charakteristische dieses alten Idiosynkrasiebegriffes liegt in folgendem:

1. Die Idiosynkrasie ist *angeboren*,
2. sie tritt ohne Vorbehandlung oder Sensibilisierung *schon bei der allerersten Berührung* mit der betreffenden Substanz auf,
3. die chemische Natur der schädlichen Substanz kann außerordentlich verschieden sein; jeder beliebige Stoff, fast alle Arzneimittel usw., können beim geeigneten Individuum Krankheitssymptome bewirken.

Man kann die alte Idiosynkrasie ganz kurz auch folgendermaßen definieren: als die angeborene Überempfindlichkeit gegen normalerweise unschädliche Agenzien verschiedenster Art.

Das Gemeinsame der drei Konzeptionen, *Anaphylaxie*, *Allergie* und *Idiosynkrasie*, ist zweifellos eine geänderte Reaktionsfähigkeit, aber in dem Sinne *einer aktiven Mitbeteiligung des Organismus*.

Angewöhnung an ein Gift, z. B. Morphium, oder Kumulation bzw. Speicherung von Arzneistoffen, z. B. Digitalis, äußern sich ganz gewiß auch in einer veränderten Reaktion des Organismus, sind aber von der Allergie usw. ganz abzutrennen. Denn bei allen Zuständen, welche das Allergiegebiet berühren, läßt sich eine Retention oder Speicherung chemischer, *von außen schon als solcher zugeführter Giftstoffe* nicht nachweisen. Daher dachten ja auch *Lewin* und *Zieler* an die Möglichkeit einer funktionellen Kumulation, wobei wiederholte, die Zelle vor Rückkehr in den Gleichgewichtszustand treffende Reize hochgradige Reaktionen herbeiführen könnten.

Digitized by Google

Nun hat seit der Aufstellung des ursprünglichen Anaphylaxie- und Allergiebegriffes die klinische Beobachtung, die Immunitätsforschung und tierexperimentelle Nachprüfung eine große Zahl von Tatsachen festgestellt, die es unbedingt notwendig machen, den Allergiebegriff zu erweitern. Diese ganze Forschungsrichtung ist an die Namen *Doerr*, *Storm van Leeuwen* und amerikanische Autoren wie *Coca*, *Chandler*, *Walker*, *Cooke* und andere geknüpft.

Die Klinik zeigte, daß es *auch ohne Vorbehandlung oder Sensibilisierung* zum anaphylaktischen Schock kommen kann. Der erste schwere Fall war bekanntlich der des 5jährigen Mädchens des pathologischen Anatomen *Langerhans*, das schon 5 Minuten nach der ersten Diphtherieserum-Einspritzung starb. Hier kommt man um die Annahme einer *angeborenen* Allergie nicht herum.

Der alte Allergiebegriff mußte also durch Hereinbeziehung gewisser *angeborener* Zustände weiter gefaßt werden.

Man hat auch bestritten, daß es beim Menschen eine echte Anaphylaxie gäbe. Daran ist nach dem Vorkommen der Serumkrankheit bei erstmaliger Injektion nicht zu zweifeln. Nur Affen und Ratten sind schwer oder fast gar nicht anaphylaktisch zu machen.

Müssen wir also der alten Allergie die Möglichkeit einer *angeborenen* Reaktionsbereitschaft zugestehen, so werden wir andererseits die Idiosynkrasie im entgegengesetzten Sinne weiter fassen, insofern sie nicht nur angeboren vorkommt, sondern auch erworben durch spontane Sensibilisierung mit einem unbekannten Antigen, sei es durch Einatmung, vom Darm aus usw., so daß wir mit *Doerr* den größten Teil idiosynkrasischer Zustände der echten Anaphylaxie mit vorausgehender Sensibilisierung zuteilen können, aber natürlich nur bei disponierten Individuen.

Bei der alten Anaphylaxie und Allergie war das *Antigen* ein Eiweißkörper, Serum oder das pflanzliche Eiweiß des Bakterienleibes u. dgl. Heute müssen wir auch anderen Stoffen antigene Eigenschaften zuerkennen, wenn sie die Fähigkeit besitzen, den Organismus so zu sensibilisieren, daß er bei erneuter Zufuhr des betreffenden Stoffes mit dem allergischen Symptomenkomplex reagiert. *Much* und *Kurt Meier* hatten schon seit langem auch Lipoiden antigene Eigenschaften zugesprochen.

Unser größtes Interesse aber beansprucht die Tatsache, daß *nicht* antigene Stoffe mit gewissen Beihilfen, die unter Umständen der *Organismus selber* beisteuert, Antigenfunktion erwerben können.

Die in der Pferdeniere vorkommenden *Forßmann*schen Stoffe produzieren beim Kaninchen keinen spezifischen Antikörper, kenntlich durch seine Wirkung auf Hammelerythrozyten und die Toxität für Meerschweinchen. Gibt man aber einem alkoholischen Pferdenierenextrakt, d. h. dem *Forßmann*schen Stoffe eine *Eiweißbrücke* mit, d. h. Schweineserum oder Menschenserum, so wird er zum vollwertigen Antigen.

Klopstock konnte sogar im *Sachs*schen Laboratorium durch systematische Immunisierung von Kaninchen mit einem Gemisch von Lezithin und Schweineserum spezifische Präzipitine für Lezithin herstellen. Ja sogar die Beigabe von *arteigenen* Erythrozyten oder Leber-

Digitized by Google

zellen zu alkoholischem Pferdenierenextrakt bringt beim Kaninchen die Produktion des *Forßmann*schen Antikörpers in Gang, wie *Doerr* gezeigt hat. Wenn also *arteigene* Körperzellen als *Eiweißkrücke* dienen können, so ist ein allergischer Mechanismus auch da möglich, wo die materia peccans nach unserem bisherigen Wissen von sich allein aus keine Antigeneigenschaft besitzt.

Von größter Wichtigkeit aber ist die Eiweißkrücke bei alkohollöslichen Lipoiden; wenn diese hierdurch antigene Wirkung entfalten, d. h. Antilipoide bzw. lipoidfällend Antikörperbildung anregen, so wird die Überempfindlichkeit gegen Entozoen (Taenien, Echinokokken usw.) und die Allergie bei Bakterien mit lipoider Hülle (Tuberkulose, Lues) erst recht verständlich.

Erinnert sei hier an die Hypothese von *H. Sachs*, daß die im Blutserum der Luetiker auftretenden und in Form der *Wassermann*-Reaktion usw. diagnostisch verwendeten Stoffe lipoidfällende Antikörper seien, welche sich infolge einer endogenen Sensibilisierung durch Lipoide entwickeln, welche der durch die syphilitische Infektion gesteigerte Zellzerfall frei macht.

Bezüglich des *Antikörpers* sind nun durch die neuere Forschung eine Reihe von Divergenzen entstanden, die ihre eindeutige Erklärung noch nicht gefunden haben. Es handelt sich hier vor allem um *Wesen des Antikörpers* und *Sitz der Antikörperbildung* und um die Frage, ob chemische oder physikalische Vorgänge bei der Antigen-Antikörperreaktion eine Rolle spielen. In dem *Doerr*schen Referat findet sich der Satz: „Nicht der geringste Anhaltspunkt spricht dafür, daß der Antikörper ein Verdauungsprodukt des Antigens sein könnte."

Für mich hat dieser Satz geradezu das Verständnis des *Doerr*schen Referates blockiert. Nach der geltenden durch *Friedberger* inaugurierten Auffassung war ja der Antikörper jenes fermentative, durch Vorbehandlung oder vorausgegangene bakterielle Infektion im Organismus entstandene Agens, welches das Antigen bis zu einer giftigen Abbaustufe in den zirkulierenden Säften aufschloß.

Diese humorale Entstehung eines chemischen giftigen Spaltproduktes des Antigens durch den als Ferment wirkenden Antikörper, welche *Friedberger* durch sein in vitro hergestelltes Anaphylatoxin zu beweisen glaubte, hat zu dem Terminus der *parenteralen Verdauung* geführt, eine Anschauung, die noch 1912 *Schittenhelm* und *Weichardt* für richtig hielten und durch näheres Studium der Wirkung des parenteral-einverleibten Eiweißes und der Eiweißspaltprodukte zu stützen suchten.

Mit der parenteralen Verdauung ist natürlich die Vorstellung verknüpft, daß sich dieser Vorgang ganz unabhängig von Zellen in den Säften abspielt. Aber abgesehen davon, daß der Ausdruck *Verdauung* für die unendlich feinen physikalisch-chemischen oder kolloidchemischen Vorgänge beim Zusammenreagieren von Antigen und Antikörper viel zu plump und grob ist, ist selbst bei humoraler Entstehung und der Bildung eines chemischen Abbaugiftes eine sich in allergischen Symptomen äußernde, als Krankheit imponierende Reaktion *ohne Mitwirkung der Zelle* undenkbar.

Digitized by Google

Hauptsächlich *Doerr* ist der Vertreter jener neuen Richtung, welche *der Zelle* und dem Gewebe eine ausschlaggebende Rolle bei der Schockentstehung beimißt.

Die Gründe für die *zelluläre Richtung* sind kurz folgende:

1. In den Lungen von im anaphylaktischen Schock verendeten Meerschweinchen konnten *Auer* und *van Slyke* keine Spur von giftigen Eiweißspaltprodukten bei der chemischen Untersuchung nachweisen.
2. Bei der passiven Anaphylaxie der Meerschweinchen tritt nach Einverleibung des Antikörpers + Antigens, also des fertigen Anaphylaxiegiftes, der passiv anaphylaktische Schock *nicht sofort* ein, sondern erst nach einer Latenzzeit von 12—24 Stunden. Dies ist eben die Zeit, welche zur Bildung des passiv einverleibten Antikörpers an die fixen Gewebselemente notwendig ist.
3. Die Überempfindlichkeit besteht auch dann noch unvermindert fort, wenn die anaphylaktischen Antikörper so gut wie völlig aus dem Kreislauf verschwunden sind, ja selbst dann noch, wenn das Blut des sensibilisierten Versuchstieres durch Normalblut ersetzt ist, wie *Fenyvessy* und *Freund* 1919 nachgewiesen haben.
4. Bei der Bildung der sogenannten Serotoxine kann man ein Giftigwerden des Serums auch durch Zusatz von eiweiß- und stickstoffreien Stoffen erzielen, z. B. mit Kaolin, Stärke, Agar-Agar. Es kommt also für die Serotoxinbildung nur der kolloidale Zustand, elektro-negative Ladung usw. in Betracht. Physikalische Zustandsänderungen, feinste Ausfällungen, Flokkungen, Änderungen des kolloidalen Gleichgewichtes machen das Serum zu einer für den Körper schädlichen Substanz.
5. Die Reaktion alter lokaler Tuberkulin-Injektionsstellen, von Transplantaten und Explantaten ist nur bei der Fixierung bzw. Bindung des Antikörpers an die Zelle verständlich.
6. Der *Rößle*sche Paramaecienversuch.

Rößle experimentierte mit Protozoen und zwar Paramaecien und stellte sich durch Immunisierung von Kaninchen mit den Leibern der Infusorien zunächst ein Antiparamaecienserum her. Setzte er dieses den Antikörper enthaltende Serum zu dem Wasser hinzu, in welchem lebende Paramaecien herumschwimmen, so gerieten diese zunächst in lebhafte Bewegung, sanken dann gelähmt zu Boden und starben schließlich ab. Dabei wird Antiparamaecienserum verbraucht, der Antikörper schwindet aus dem Wasser, in welchem das Antigen, in diesem Falle die Paramaecien, herumschwimmen. Dieser Versuch ist für *Doerr* die wuchtigste Stütze für die zelluläre Theorie, d. h. für die Annahme, daß sich die Antigen-Antikörperreaktion *an* oder *in der Zelle* abspielt. Komplement ist bei diesem Versuch nicht beteiligt, denn er gelingt mit frischem und inaktiviertem Immunserum und daß etwa die Paramaecien Komplement beisteuern, ist ausgeschlossen. Auch eine Verdauung des Antigens, d. h. der Paramaecien durch den Antikörper, ist glatt abzulehnen, denn das Antigen ist ja in diesem Falle eine lebende Zelle, die Schädigung der Infusorien ist aber reversibel, die gelähmten Infusorien leben, in frisches serum-

Digitized by Google

freies Wasser gebracht, wieder auf, bewegen und vermehren sich und zeigen Zellteilung sogar noch im Zustande vollständiger Lähmung. Der letztere Umstand veranlaßt *Doerr* auch eine tiefgreifende Alteration des Zytoplasmas abzulehnen und ist für ihn die Hauptstütze, die Antigen-Antikörperreaktion in die äußersten Grenzschichten, vielleicht sogar in die Zellmembran zu verlegen.

Für die Annahme eines einfachen *Membranphänomens* spricht ferner die außerordentlich interessante, gleichfalls von *Rößle* gefundene Tatsache, daß Paramaecien nach ein- oder mehrtägigem Verweilen in untertödlichen, aber gut wirksamen Antiserumkonzentrationen unempfindlich werden. Läßt man sie sich in frischem Wasser erholen, so reagieren sie dann auf die erneute Berührung mit Antiserum nicht mehr und reißen auch keinen Antikörper aus der Flüssigkeit mehr an sich. *Doerr* meint, daß eine chemische den Verlust der Antigenfunktion verursachende Schädigung der Zelle ohne Zelltod nicht möglich wäre; es bleibt also nur eine Veränderung der Zellmembran übrig, welche die Reaktion des Antigens im Cytoplasma mit dem die Zelle umspülenden Antiserum verhindert. Das Erstaunlichste aber ist, daß die Serumfestigkeit nicht mit dem einzelnen Individuum beim Tode erlischt, sondern durch zahlreiche Generationen hindurch auch in antiserumfreiem Wasser festgehalten wird, wie das ja auch bei serum- und atoxylfesten Trypanosomen und bakteriophage-refraktären Bakterien festgestellt ist.

Dieser *Rößle*sche Paramaecienversuch, den *Doerr* geradezu als Fundament der zellulären Richtung bewertet, und der ungeahnte Ausblicke für die ganze Allergiefrage eröffnet, ist in der Tat beweisend, falls man biologische Vorgänge vom einzelligen Individuum auf funktionell differenzierte und im physiologischen Zellverbande befindliche Zellkomplexe des Warmblüters ohne weiteres übertragen darf. Die zelluläre Theorie fordert schließlich, daß bei der Antigen-Antikörperreaktion an der Zelle Stoffe an das Blutplasma abgegeben werden, so daß die passive Übertragung des Zustandes durch Blutserum möglich wird, und läßt als auslösende Agentien allergischer Prozesse nur unbelebte und in den Körpersäften gelöste Substanzen zu, d. h. nicht intakte Vollbakterien oder unversehrte Blutkörperchen, sondern nur ihre Lösungsprodukte bringen eine Reaktion des sensibilisierten Gewebes zustande.

Mit diesen Schlußsätzen *Doerrs* wird ein großer Teil seiner Polemik gegen *Friedberger* wieder hinfällig und auch die *Lewandowsky*sche Anwendung der Allergie bei der Hauttuberkulose behält ihre Berechtigung.

Die moderne Allergie ist also eine teils angeborene, teils erworbene spezifische Reaktivität gegen bestimmte, für den normalen Organismus (in der in Frage kommenden Menge) harmlose, im übrigen sehr verschiedenartige Stoffe (Allergene).

Diese Reaktivität ist gekennzeichnet durch den sogenannten *allergischen Symptomenkomplex*, welcher völlig oder nur teilweise ausgebildet sein kann.

Dieser klinische Symptomenkomplex aller auf dem Boden des allergischen Mechanismus entstandener Krankheitsbilder äußert sich folgendermaßen:

Digitized by Google

1. Allgemeine Symptome: Temperaturschwankungen, besonders Abfall, Blutdrucksenkung, Kollaps, Schock, zerebrale Krämpfe;
2. an der Haut: Juckreiz, Quaddelbildung, Entzündung, Blutungen;
3. an den Schleimhäuten: Nießreiz, Schnupfen, Entzündung, Bindehautkatarrh, Bronchialspasmen, Erbrechen, Durchfall;
4. im Blut: Leukozytensturz, Eosinophylie, Leukopenie;
5. im Gefäßsystem: Vasomotorenlähmung, lokale Gefäßerweiterungen und Exsudationen.

Da man nun bei der heutigen Allergie das Allergen vielfach zunächst nicht kennt, im Gegensatz zur echten Eiweißanaphylaxie oder der alten Allergie *v. Pirquets*, so diagnostiziert man die allergischen Erkrankungen häufig zunächst aus dem *allergischen Symptomenkomplex*.

Es gibt eben eine Anzahl von Krankheitszuständen, für welche das *paroxysmale* Auftreten eines allergischen Symptomenkomplexes charakteristisch ist, bei welchen insbesondere Wirkungen auf die Kapillaren und glattmuskeligen Organe im Vordergrund stehen. Die Abhängigkeit dieser Erscheinungen von einem Allergen läßt sich in vielen Fällen nachweisen, ist aber manchmal nur wahrscheinlich.

Zur genauen *Diagnose* verhilft *eine sehr eingehende Vorgeschichte* und *Hautreaktionen mit Extrakten* aus verschiedenen Stoffen menschlicher oder tierischer Herkunft und anderen Substanzen, welche nach dem heutigen Stande der Forschung Antigencharakter besitzen, d. h. sensibilisierend wirken können, z. B. Menschenhautschuppen. Hierbei ist *scharfe Kritik* des Untersuchers unbedingtes Erfordernis, und vor allem zu berücksichtigen, daß es einerseits eine Gruppenempfindlichkeit für verschiedene Extrakte gibt und andererseits die Haut *regionär* ganz verschieden disponiert bzw. reaktionsbereits ist.

Ehe wir auf die sicher allergischen Hauterkrankungen eingehen, bedarf es einer Besprechung der Erfolgsorgane des Antikörpers, d. h. der Schockgewebe bzw. der Schockorgane und etwaiger Schockgifte.

Wir sahen, daß *Friedberger* den anaphylaktischen Schock auf giftige Abbauprodukte des Antigens zurückführte. Kennen wir nun chemische Gifte, welche Symptome des allergischen Komplexes, also Schocksymptome auch ohne den typisch experimentell-anaphylaktischen Mechanismus auslösen, d. h. ohne Vorbehandlung und nachfolgende parenterale Zufuhr derselben sensibilisierenden Substanz?

Nun entstehen tatsächlich bei der Aufspaltung von Eiweißkörpern giftige Produkte mit anaphylaktischer Wirkung, sogenannte Schockgifte. Wir wissen durch Untersuchungen *Schittenhelms* und *Weichardts* folgendes. Polypeptide und Aminosäuren sind ungiftig. Giftig wirken nur Zersetzungsprodukte der Aminosäuren, und zwar:

durch Desamidierung (NH_2-Abspaltung) und

Dekarboxylierung (die Karboxylgruppe wird als CO_2 abgespalten).

Die wirksamsten sind die zyklischen Diamine (Ringstruktur und eine Seitenkette mit 2 C-Atomen); von ihnen ist bei weitem das wichtigste das *Histamin*. Die Histaminvergiftung gleicht in fast allen Punkten den Erscheinungen der Anaphylaxie und wurde zuerst 1909 von *Biedl* und *Kraus* zum anaphylaktischen Anfall in Beziehung gebracht. Hista-

Digitized by Google

min entsteht aus der Aminosäure, Histidin durch Abspaltung der Karboxylgruppe CO_2, es ist der wehentreibende Stoff des Mutterkorns und der wirksame Bestandteil der Hypophyse. Histamin ist auch im *Witte-Pepton* enthalten.

Die biologische Wirkung des Histamins ist beim Meerschweinchen Bronchospasmus und Hautjucken, beim Kaninchen Spasmus der Lungenarteriolen, beim Hund Gefäß-Spasmus der Leber und Blutdrucksenkung, dazu kommt Darmkontraktion, gesteigerte Sekretion und erhöhte Durchlässigkeit des Kapillar-Endothels.

Die Toleranz gegen Histamin bei verschiedenen Tierarten geht parallel der Empfindlichkeit für anaphylaktische Reaktionen.

Demnach bringt Histamin die allergischen Symptome fast restlos zustande. *Doerr* hat neben anderen Einwendungen vor allem geltend gemacht, daß die plötzliche Aufsprengung von Zelleiweiß bis zum Histamin ohne Untergang der Zelle unmöglich sei. Nun ist aber eine plötzliche Überschwemmung des Organismus mit Histamin auch auf andere Weise denkbar.

Manwaring (1923) lehrt, daß durch Schädigung des Lebergewebes giftige histaminartige Stoffe plötzlich in den Kreislauf geworfen werden, und hat diese Histaminversuche durch Experimente an entleberten Hunden sehr gut begründet. So außerordentlich interessant diese Ergebnisse der biologischen Histaminwirkung sind, weil hier zum ersten Male ein chemisch wohl charakterisierter Stoff mit sehr guter experimenteller Begründung in der Diskussion der ganzen Anaphylaxie- und Allergiefrage erscheint, so muß doch die endgültige Entscheidung noch in der Schwebe bleiben.

Die Bindung des Antikörpers an die Zellen erfolgt bei der betreffenden Tierart besonders leicht an ganz bestimmte Zellgruppen oder Gewebe, und zwar bei den einzelnen Arten elektiv. Diese für die Antigen-Antikörper-Reaktion besonders ansprechbaren Gewebe nennt man *Schockgewebe*. Es ist entweder glatte Muskulatur, beim Meerschweinchen die Bronchialmuskulatur, beim Kaninchen die der Lungenarteriolen, beim Hund das Kapillar-Endothel der Leber. Der Engländer *Dale* hat eine Versuchsanordnung an überlebenden, von Ringerlösung durchströmten Uteri und Lungen ausgearbeitet, welche einen der schärfsten Nachweise des anaphylaktischen Zustandes ermöglicht.

Außerordentlich bemerkenswert sind die Versuche *Musantes*, ferner *Schittenhelms* und seiner Schüler 1925, wonach es gelingt, durch intravenöse Einspritzung von chinesischer Tusche oder Karminsodalösung zum Zweck einer Speicherung dieser Stoffe im retikulo-endothelialen System die Auslösung des Schocks beim sensibilisierten Tier infolge Blockierung der Retikulo-Endothelien zu verhindern. Die gleiche Wirkung erzielt man durch Entfernung der Milz, was ein interessantes Streiflicht auf die Heilung des hämolytischen Ikterus durch Milzexstirpation wirft.

Für die ganze Allergiefrage, besonders in bezug auf die Hauterscheinungen sind noch einige allgemein pathologische Gesichtspunkte zum Verständnis notwendig. Gehen wir einmal von der *Rößle*schen Definition der Entzündung auf dem Pathologentage in Jena aus.

Digitized by Google

Sie ist nach *Rößle* die pathologische Steigerung einer normalen Funktion des mesodermalen Apparates, nämlich seiner Fähigkeit, Fremdstoffe, welche in den Bindegewebsapparat der vielzelligen Organismen eingedrungen oder endogen dort entstanden sind, sowohl durch gelöste als durch zelluläre Fermente zu beseitigen. Die Haut ist *das* Bindegewebsorgan des Körpers, sie enthält den Hauptteil des Gesamtbindegewebes des menschlichen Organismus.

Und so kann es nicht wundernehmen, daß nicht nur beim Sitz der Schädlichkeit in der Haut selber sich die verschiedensten Abwehrmechanismen in der Haut abspielen, sondern, daß auch innere Krankheitsherde auf den Zustand der Haut abfärben. Demgemäß ist die Haut der Hauptspielplatz allergischer Vorgänge (vgl. *E. Hoffmanns* Esophylaxie). Insoweit diese durch Antigen-Antikörper-Reaktion an der Zelle oder durch Änderungen des kolloidalen Zustandes der Zellen bedingt werden, müssen wir unter bestimmten Verhältnissen auch eine Änderung der histologischen Struktur erwarten. *Eine* Ausdrucksform dieser Hautallergie ist die Bildung tuberkuloider Strukturen, welche durchaus nicht nur der Tuberkulose eigentümlich ist. Diesbezüglich sei auf die tiefgründigen Ausführungen im zweiten Bande des *Kyrle* verwiesen. Dazu kommt noch eins; immer wiederholte, aber nicht überschwellige Sensibilisierungen führen allmählich zum Verlust der Spezifität, massige, auch einmalige Sensibilisierung hebt die Reaktionsfähigkeit ganz auf.

Von den sicher allergischen Hautkrankheiten möchte ich besprechen:

1. Die Urtikaria,
2. das Ekzem,
3. die *Schönlein-Henoch*'sche Purpura.

Die Urtikaria ist das häufigste Symptom einer Allergie gegen Nahrungsmittel, wobei nicht nur tierische Eiweißstoffe, sondern auch Obst und andere Vegetabilien in Betracht kommen.

Für die Behandlung ist folgendes wichtig. Bei hartnäckigen, den Patienten sehr quälenden und gefährlichen Fällen (Lippenödem, Glottisödem), wahrscheinlich alimentären Ursprungs, setzt man den Kranken fast 2 Tage auf Hungerdiät, nur Flüssigkeit, Tee, etwas Alkohol und Zucker ist zu erlauben; am dritten Tage wird Semmel, am vierten Tag Ei, am fünften Milch, am sechsten Fleisch zugelegt. Hierbei bekommt man das Urtikaria erzeugende Nahrungsmittel bald heraus. Häufig rückfällige Urtikaria, welche den Kranken hochgradig belästigt, behandelt man mit Eigenbluteinspritzungen nach *Storm van Leeuwen*. Man entnimmt etwa 20 ccm Blut aus der Vene, um es sofort vor der Gerinnung wieder intramuskulär einzuspritzen. Außerordentlich interessant ist die Tatsache, daß es gelingt, durch Wittepepton *vor* der Mahlzeit den Urtikariaanfall zu verhüten und ebenso durch minimale Mengen des schädlichen Nahrungsmittels selber. Daher empfiehlt *Kämmerer* 0,5 Wittepepton *vor* der Mahlzeit und *nach* dem Essen dreimal täglich 20 Tropfen Creosotum carbonicum, schließlich in ganz refraktären Fällen lange fortgesetzte Hypertherman-Einspritzungen.

Das *Ekzem* ist in sehr vielen Fällen der Typ einer allergischen Dermatose, denn es ist ja der morphologische Ausdruck einer ange-

Digitized by Google

borenen oder erworbenen Überempfindlichkeit der Haut gegen Reize oder Noxen, die von dem größeren Teil der Menschen anstandslos vertragen werden, ohne Krankheitserscheinungen auf der Haut hervorzurufen. Hier ist aber noch eine wichtige Unterscheidung zu machen. Chemische, mechanische und physikalische Noxen können, in exzessiver Dosis oder bei sehr lange fortgesetzter Einwirkung auch beim Nicht-Ekzematiker eine akute oberflächliche Hautentzündung mit Rötung, Ödem, Knötchen, Bläschen und Nässen bewirken, welche aber nach Ausschaltung der Schädlichkeit *rasch* und *dauernd* heilt. Anders beim wirklich Ekzemkranken; hier treten auch nach dem Abheilen immer wieder neue Schübe auf und das Leiden zieht sich durch Monate und Jahre hin, weil eben bei diesen konstitutionellen Ekzematikern eine örtliche zelluläre Allergie des Hautorganes besteht.

Dieser Unterschied in Prognose und Verlauf bei anfänglich ganz gleichem klinischen Aussehen der Hautveränderungen hat ja zur Abtrennung der akuten *artefiziellen Dermatitis* vom *eigentlichen Ekzem Rayer-Devergies* bzw. zur Prägung des Begriffes *Ekzematisation* geführt.

Diese auf zellulärer Allergie beruhende Ekzembereitschaft des eigentlichen Ekzematikers ist heute keine Vermutung mehr, sondern eine durch zahlreiche Versuche *Jadassohns*, *Blochs* und *Schürchs* gesicherte Tatsache. *Jadassohn* band ein mit einer Testsubstanz getränktes Leinwandläppchen dem Prüfling auf die Haut, und zwar wurden Formol, Terpentin, Arnikatinktur, Sublimat, Jodoform Priemelblätter und anderes verwendet.

Die Haut von Ekzematikern erwies sich an gesunden Stellen siebenmal empfindlicher als bei normalen. Bisher nicht Ekzemkranke, aber positiv reagierende, müssen als latente Ekzematiker bezeichnet werden. Diese Latent-Ekzematiker reagieren zu 75% nur auf *eine* bestimmte Substanz spezifisch idiosynkrasisch, d. h. *monovalent*. Aus dieser eng begrenzten anaphylaktoiden Idiosynkrasie kommt es beim Offenkundigwerden des Ekzems infolge fortgesetzter Sensibilisierung zu immer mehr zunehmendem Spezifitätsverlust und zu einer viel allgemeineren Reizbarkeit der Haut, so daß jetzt die mannigfachsten und oft unbedeutenden Schädlichkeiten Ekzeme auslösen oder verschlimmern können.

Der Typ eines solchen allergischen Ekzems ist das exsudative Früh- und Spätekzem beim Status exsudativus, welches *Rost* in klassischer Weise in seinem Lehrbuch beschrieben hat. Da hier die Bereitschaft zur allergischen Reaktion dem Individuum offenbar von Haus aus eigen ist, das Individuum also dazu disponiert ist, gegebenenfalls auch aus Nicht-Antigenen durch Beihilfen des eigenen Organismus, Stoffe von Antigen-Charakter zu bilden, die Entstehung der Krankheitserscheinungen also an die Konstitution (Verfassung) geknüpft ist, sprechen wir in solchen Fällen von allergischer *Diathese*.

Für diesen Zustand gibt es gewisse Kennzeichen, so z. B. die Erhöhung des Purin-Stoffwechsels, ein vermindertes Bindungsvermögen für Salizylsäure und eine positive Reaktion für Menschenhautschuppen.

Der Spezifitätsverlust des konstitutionellen Ekzemkranken gegen-

Digitized by Google

über den verschiedensten Schädlichkeiten bzw. die Plurivalenz erfordert in therapeutischer Hinsicht im Beginn jeder Ekzembehandlung die Vermeidung aller differenten Mittel. Ein großer Teil der therapeutischen Mißerfolge erklärt sich daraus, daß gleich zu Anfang Schwefel, Salizyl, Ichthyol, Resorzin u. dgl. angewendet und somit dem plurivalent Überempfindlichen neue Noxen beigebracht werden.

Ist ein Ekzem urtikariell, d. h. mit Quaddelbildung verbunden, muß man immer an alimentäre Allergene denken, Fischfleisch, Eiereiweiß, Kuhmilch, Reis, Kartoffeln usw. Das Allergen trifft nämlich die Auswahl des Schockgewebes, so wird bei alimentärer Genese Unterhautbindegewebe und Kutisgefäße befallen, bei exogen einwirkenden Noxen dagegen Epithel und Kapillarkörper.

In ganz refraktären Fällen konstitutioneller Ekzeme ist ein Versuch mit Hypertherman-Einspritzungen angezeigt, von welchem *Kämmerer* Günstiges berichtet. *Die Schönlein-Henoch*sche Purpura oder Poliosis rheumatica bedarf nur weniger Worte. Bei ihr entwickelt sich primär stets ein echtes Exanthem, welches schließlich hämorrhagisch wird; es ergeben sich dann Blutaustritte mit rotem Hof oder hämorrhagische Knötchen und daneben Urtikaria-Quaddeln, Erytheme, Ödem an Händen und Füßen, Gelenkschwellungen und subkutane Blutergüsse. Das Wesentliche ist eine allgemeine Kapillar-Toxikose, beruhend auf einer Auto-Intoxikation durch histaminartige Gifte. Von der *Werlhof*schen Purpura — der essentiellen Thrombopenie *Frank's* — unterscheidet sich die *Schönlein*sche Purpura durch negativen Ausfall der mechanischen Provokation. Stich, Stoß, Stauung rufen keine Blutung hervor, dagegen erzeugen chemische Reize, z. B. Proteinkörper-Einspritzungen lokale und entfernte Blutungen. Die Blutplättchen sind nicht vermindert, die Blutungs- und Gerinnungszeit ist normal.

Die Behandlung besteht in vorsichtiger Anwendung der Proteinkörper, Tierkohle innerlich und versuchsweise Hyperthermen-Einspritzungen. Wir kennen einen Fall, welcher durch Eigenblut-Injektionen fast völlig geheilt ist.

Das *Quincke*sche Ödem, eine ganz sicher allergische Erkrankung, fällt mehr in den Wirkungsbereich des inneren Mediziners und kann hier übergangen werden.

Nun, meine Herren, bin ich am Schluß. Aus der großen Fülle von durch die Forschung herbeigebrachten Tatsachen konnte ich nur die wichtigsten streifen. Als sicher muß schon jetzt gelten, daß der Bazillus, welcher in den letzten 20 Jahren des vorigen Jahrhunderts alles bedeutete, nur *ein* Faktor im pathologischen Geschehen ist; ebenso wichtig ist, wie sich der Organismus gegen seine Angreifer wehrt und welche Abwehrmittel ihm zur gegebenen Zeit zur Verfügung stehen.

Die weitere Aufgabe der Forschung muß darin bestehen, die vielen Einzelergebnisse kritisch zu sammeln und zu einem Ganzen zusammen zu fügen.

Hier heißt es:

„Dich im Unendlichen zu finden,
mußt unterscheiden und dann verbinden."

Digitized by Google

Periodische Literatur.

Zusammengestellt von Dr. *Arthur Alexander* in Charlottenburg.

Syphilis.

Allgemeine Symptomatik. Kasuistik.

E. Liebner-Budapest: **Ein Fall von Sklerodermie mit Syphilis.** Derm. W. Bd. 83. Nr. 33. 1926.

Beschreibung eines Falles, bei dem neben tuberoserpiginösen Syphiliden an den Unterschenkeln, an den Unterarmen Flecke mit ausgesprochener Atrophie bestanden. Histologisch ergab sich an diesen einwandfrei das Bild der Sklerodermie. Unter einer eingeleiteten antisyphilitischen Behandlung heilten die Ulzerationen an den Unterschenkeln ab mit einer glatten hellrosafarbenen Oberfläche und deutlicher Atrophie. Nach Rückbildung des syphilitischen Prozesses trat das typische Bild der Sklerodermie auch an diesen Stellen in den Vordergrund. *Krüger*-Sagan.

Waschkewitsch und *Kowalsky:* **Ein Fall von Syphilis der Harnblase.** Venerologia u. Dermatologia 1926. Nr. 4.

24 jähr. Kranker. Im Jahre 1923 Tripper, am 20. Juli 1925 Erosio praeputii penis und Absonderung aus der Urethra, welche 10—12 Leukozyten, aber keine Gonokokken enthält. 3. Sept. 1925 Ulc. induratum praeputii penis mit Spirochäten. Patient erhielt in der Zeit vom 5. bis 10. Sept. drei Bijochinolinjektionen. Klage über Harnausfluß und Schmerz beim Urinieren. Keine Gonokokken, 20—25 Leukozyten. Inj. 0,3 NS. 14. Sept. Die Urinbeschwerden lassen nicht nach, es hat sich ein blutiger Ausfluß eingestellt. Am 21. Sept. wurde zystoskopisch eine Roseola syphilitica der Harnblase konstatiert. 13. Sept. Unter fortgesetzter kombinierter Kur sind die Blasenerscheinungen fast völlig verschwunden.

A. Jordan-Moskau.

Wolshenski: **Ein Fall von gummöser Affektion der Augenhöhle.** Kasanski Medicinski Journal 1926. Jahrg. 22. Nr. 8.

Zu den nach Angabe des Verf. in der Literatur vorhandenen 46 Fällen von Periostitis gummosa orbitae fügt derselbe eine eigene Beobachtung hinzu, welche eine 40jährige Bäuerin betraf, die antisyphilitisch behandelt worden war, aber 2 Aborte gehabt hatte und an Knochenschmerzen litt.

A. Jordan-Moskau.

N. Blumenthal: **Ein Beitrag zur Syphilis der Brustdrüse.** Russkaja Klinika. 1926. Nr. 27.

Bei der immerhin nicht allzuhäufigen gummösen Erkrankung der Brustdrüsen, verdient der beschriebene Fall Erwähnung, zumal da die 30 jähr. Frau, welche sich wegen Schwellung der r. Brustdrüse an den Verf. wandte, von Lues nichts wußte. Eine, obgleich schmerzlose Anschwellung der Artic.-sterno-clavicularis lenkte beim Verf. bei Fehlen von Achseldrüsen, den Gedanken auf Lues, was sich auch durch die positive Wa.-R. und den Erfolg durch die spez. Behandlung als richtig erwies. *A. Jordan*-Moskau.

Digitized by Google

Lilienthal und *Lange:* **Beiträge zur Kasuistik und Beurteilung kindlicher Tabes bei kongenitaler Lues.** M. Kl. 1926. 43.

Bekanntlich stehen nach *Heubner* bei kongenitaler Lues die Nervenfälle und wieder unter diesen die Tabesfälle an letzter Stelle. Oft wird außerdem die Friedreichsche Erkrankung mit infantiler Tabes verwechselt. Verff. bringen 3 unzweifelhafte, jugendliche Tabesfälle, Alter 26, 15 und 14 Jahre. In allen 3 Fällen war Mutter Wa.-R.-negativ und 2 Väter hatten vor langen Jahren Lues erworben, der dritte wollte keinen Wa. machen lassen. Bei einem brach Lues nach 11 Jahren wieder aus. Therapeutisch ließ sich bei den Kindern immerhin noch manches erreichen. Die jugendliche Tabes macht nur sehr langsame Fortschritte. *Siegfried*-Aachen.

Kahn und *Smelow:* **Die Syphilis als ätiologischer Faktor eines vorzeitigen Klimakteriums.** Venerologia u. Dermatologia. 1926. Nr. 5.

Auf Grund von 5 Beobachtungen an Syphilitikerinnen, bei denen das Klimakterium im Alter von 25—32 Jahren eintrat, nehmen die Verf. an, daß dieses entweder durch syphilitische Prozesse in den Eierstöcken oder durch schwächenden Einfluß auf die Ovarien durch den syphilitischen Prozeß zustande kommt. *A. Jordan.*

M. Artom-Alexandria: **Beitrag zur Kenntnis der Beziehungen zwischen Tuberkulose und Syphilis.** A. f. D. 150. S. 115.

Bei 215 erwachsenen Luetikern fiel Pirquet 154 mal positiv aus, und zwar war der Prozentsatz der negativen Hautreaktionen bei Individuen mit ausgebreiteten Hauterscheinungen weitaus größer als bei Kranken mit Lues latens oder mit lokalisierten Formen (Syphilome, Schleimhautaffektionen, Gummen). Von 51 Pat. mit negativem Pirquet wurden 18 positiv nach einer antiluetischen Kur und zwar 11, die Roseola oder diffuse Exantheme hatten, 7 mit Lues latens. Bei 27 Kranken wurden gleichzeitig aspezifische Cutisreaktionen vorgenommen mit dem Resultat, daß keine Übereinstimmung zwischen den beiden Hautreaktionen besteht. Bei Kindern, die Heredosyphilis hatten, war nur in einem Falle die Einwirkung der Lues auf den Pirquet nachweisbar, nach einer antiluetischen Kur. *Zemplenyi*-Hamburg.

Carle: **Quelques récents travaux sur la Syphilis conceptionelle.** Ann. m. vén. 1926. 5.

Sieht in den *Pinard*schen Spirochätennachweisen im menschlichen Sperma den Beleg für die Annahme, daß nur die infizierte Mutter die Lues der Frucht weiter gibt, und plädiert für Ausmerzung des Begriffs der hereditären Belastung, vorausgesetzt, daß gründliche Behandlung des Infizierten stattgefunden hat. *Guth-Zürich.*

Golay: **A propos de l'heredosyphilis paternelle.** Ann. m. vén. 1926, 7.

Hält gegenüber *Carle* an der Möglichkeit ausnahmsweisen Vorkommens paternneller, spermatischer, konzeptioneller Infektion der Frucht fest, die maternelle, plazentare, kongenitale Übertragung als Regel zu obiger Ausnahme anerkennt der Autor. *Guth*-Zürich.

Récamier: **Troubles endocriniens de la multiplicité hérédosyphilitique chez la femme.** Ann. m. vén. 1926, 6.

Aus der günstigen Beeinflussung mit Zyanquecksilberkuren schließt *R.* auf die spezifische Ätiologie der bald vorwiegend ovariogenoiden, bald

Digitized by Google

thyreogenoiden oder auch pluriglandulären Allgemeinstörungen bei von eigentlichen Stigmaten freien Mädchen oder Frauen, welche anamnestisch meist hereditärluetisch belastet sind. Pubertät, Gravidität wirken vielfach provokatorisch, und die Ehe mit luesfreiem Manne ist meist Einkinder- und speziell Einmädchen-Ehe, das dann eher luetisch stigmatisiert scheint als die Mutter. *Guth*-Zürich.

Ch. du Bois: **Einige lokalisierte Dystrophien bei kongenitaler Syphilis.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 7. 1926.

Verf. nennt zunächst die „*Lingua scrotalis*"; bei 21 Beobachtungen lag 10 mal Syphilis der Eltern vor; 6 mal war eine solche der Großeltern wahrscheinlich, nur 5 mal lagen ungenaue Angaben vor. An zweiter Stelle erwähnt er eine *abnorme Verkürzung des 5. Fingers*, die bald einseitig, bald doppelseitig zu finden ist. Unter 11 Beobachtungen bestand 4 mal Syphilis der Eltern, 5 mal sehr wahrscheinlich der Großeltern. Die dritte Gruppe umfaßt eine *Mißbildung des Daumens* derart, daß das kurze Endglied im Röntgenbild eine auffallende Verbreiterung des proximalen Knochenendes erkennen läßt, wodurch das Endglied kurz und breit erscheint, was sich auch am Daumennagel sehr deutlich zu erkennen gibt. Verf. fand diesen Rakett-Daumen in 36 Fällen; auch hier schien der Einfluß der Syphilis nachweisbar zu sein. In 15 Fällen konnte eine Erblichkeit der Anomalie nachgewiesen werden. *Zurhelle*-Bonn.

Raitz: **Die Veränderungen des Knochensystems bei kongenitaler Syphilis.** Venerologia u. Dermatologia 1926. Nr. 4.

Die Untersuchung von 240 kongenitalen syphilitischen Kindern ergab bei 192 derselben spezifische Knochenerkrankungen, welche zwar meist von anderen syphilitischen Erscheinungen begleitet werden, aber auch das einzige Symptom bilden können. Verf. ist der Ansicht, daß neben der Blutuntersuchung und der Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit, bei Verdacht auf Lues, die Röntgenuntersuchung des Knochensystems vorgenommen werden muß, da in manchen Fällen die Diagnose Lues congenita nur auf Grund der Knochenveränderungen gestellt werden kann. *A. Jordan*-Moskau.

Philip Haskell Sylvester, M. D., Boston: **Twenty-five Years of Congenital Syphilis in Boston. A statistical and comparativ Study. (25 Jahre kongenitale Syphilis in Boston. Eine statistische Studie.)** Jour. Americ. Med. Ass. Vol. 87. Nr. 5. 1926.

An Hand einer Statistik führt Verf. die Fälle von kongenitaler Lues auf, die in der Zeit vom 1. Jan. 1901 bis zum 1. Jan. 1925 in den Abteilungen des Children's Hospital und des Infant's Hospital in Boston behandelt worden sind. Bei 1446 Fällen wurde die Diagnose Lues congenita gestellt. Wegen zu kurzer Beobachtungszeit bzw. wegen fehlender Anamnese konnten jedoch davon nur 581 Fälle für die Statistik Verwendung finden. Die Sterblichkeit zeigte folgende Prozentzahlen: Von 1901—1914 erreichte die Sterblichkeit die Höchstziffer von 58,2%, von 1914—1919 betrug sie 33% und von 1920—1925 sank sie auf 21,5%. Auch die Morbidität verhielt sich ähnlich. In zahlreichen Fällen zeigte es sich, daß die Wa.-R. im Säuglingsserum bis zum 2.—2½. Lebensmonat negativ ist, ferner daß das Serum der Mutter negativ bleibt, bis der Säugling 6 Wochen alt ist. Bei den Säuglingen bis zur 4. Lebenswoche war die Sterblichkeit besonders hoch. Aus-

Digitized by Google

gesprochene Lueszeichen in den ersten 4 Lebenswochen sollen für eine frühe intrauterine Infektion sprechen. Zur gründlichen Behandlung der luetischen Säuglinge ist eine exakte Behandlungsmethode sowie geschultes Wärterpersonal eine unbedingte Notwendigkeit. Ferner ist es von Wichtigkeit, daß auch die Eltern untersucht und behandelt werden. An Arsenpräparaten wurden Neo-Arsphenamin intravenös und Sulpharsphenamin intramuskulär angewandt. Besonders durch die Behandlung mit Sulpharsphenamin wurden gute Resultate erzielt. Auch bei Fällen, die trotz 3 Jahre langer Behandlung mit Neo-Arsphenamin eine positive Wa.-R. zeigten, wurde dieselbe unter Sulpharsphenamin negativ. Zumal periostale frühe intrauterine Infektion sprechen gut an. Zur gründlichen Behandlung der luetischen Säuglinge ist eine exakte Behandlungsmethode sowie geschultes Wärterpersonal eine unbedingte Notwendigkeit. Ferner ist es von Wichtigkeit, daß auch die Eltern untersucht und behandelt werden. An Arsenpräparaten wurden Neo-Arsphenamin intravenös und Sulpharsphenamin intramuskulär angewandt. Besonders durch die Behandlung mit Sulpharsphenamin wurden gute Resultate erzielt. Auch bei Fällen, die trotz 3 Jahre langer Behandlung mit Neo-Arsphenamin eine positive Wa.-R. zeigten, wurde dieselbe unter Sulpharsphenamin negativ. Zumal periostale Wucherungen sollen unter Sulpharsphenamin eine prompte Rückbildung erfahren. Verf. tritt ferner für eine gründliche Behandlung des Schwangeren ein. Von 47 Frauen, die unter Behandlung standen, trugen 14 ihr Kind aus. Darunter befanden sich 13 nicht luetische und 1 luetisches Neugeborenes. Um der Ausbreitung der Lues congenita entgegenzutreten, ist außerdem eine zweckmäßige Aufklärung der Jugend durch die Eltern wünschenswert. Auch erscheint es gerechtfertigt, zur Erteilung der Heiratslizenz auf gesetzlichem Wege eine negative Wa.-R. bei beiden Ehegatten zu fordern. *Röntz*-Bonn.

Dermatologie.

Allgemeine Symptomatik. Kasuistik.

British Association of Dermatology and Syphilology. The B. j. o. D. a. S. 1927, 8—9.

Die Britische Gesellschaft für Dermatologie und Syphilis hielt ihre 7. Jahresversammlung am 7. und 8. Juli unter dem Vorsitz von *Whitfield* in London ab. Behandelt wurden folgende Themen: *Haldin-Davis:* Dermatitis exfoliativa. *Dore:* Acrodermatitis. *Barber:* Dermatitis acuta. *Barber:* Kalziumumsatz bei gewissen Dermatosen. *MacCormac:* Paronychie durch Oidium albicans. *MacLeod:* Ichthyosis bullosa. *Goldsmith:* Angeborene Keratosen mit Blasen. *Graham Little:* Poikilodermie (Civatte). An alle Vorträge schloß sich lebhafte Diskussion an. Nächste Jahresversammlung soll in Oxford unter dem Vorsitz von *Mallam* tagen. *Siegfried*-Aachen.

Neuda-Wien: **Der diagnostische Wert der Gaumenbetrachtung.** D. m. W. 1927, Nr. 33.

Die Veränderungen am weichen Gaumen als sichtbarer Ausdruck innerer Leiden beruhen hauptsächlich auf einer Störung des Fettstoffwechsels oder auf vaskulären Phänomenen. Es werden vom Verf. besonders die differentialdiagnostischen Merkmale der Gaumenbilder bei der Lungentuberkulose und des Karzinoms besprochen. Die chronische Tbc. zeigt

Digitized by Google

ausgesprochene Fettarmut des weichen Gaumens, das Karzinom aber läßt (speziell bei Sitz im Darmtrakt) deutliche Fettvermehrung erkennen. Die Fettverminderung bei der Tuberkulose ist ein ausgesprochen positives Symptom und zeigt die Lipoidarmut des tuberkulösen Organismus an. Bei Miliartbc. dagegen findet sich am weichen Gaumen eine deutliche Vermehrung des Fettlagers, ein Befund, welcher auch in der Erhöhung des Serumlipoids bei miliarer Aussaat eine Parallele hat. Bei der Syphilis besteht ein Nebeneinander von Hyperämie und Anämie, wobei das Ursprüngliche die Hyperämie ist. Die Anämie tritt dabei als ein zirkumskripter Prozeß auf, welcher im Verein mit der Hyperämie dem Gaumen durch Veränderung kleinster Partien ein fleckiges Aussehen gibt und so eine Abgrenzung gegenüber dem auch mit diffuser gelblicher Verfärbung und Fettvermehrung einhergehenden Karzinom gestattet. Am weichen Gaumen ist also zu achten auf Gelbfärbung, Zeichnung, Anämie und Fettgehalt, wobei den beiden letzteren Symptomen die größte differentialdiagnostische Bedeutung für Karzinom, Lues und Tuberkulose zukommt. Es handelt sich bei diesen Gaumenphänomen um Gruppenreaktionen.

O. Dittrich-Kiel.

Buschke und *Langer:* **Die Bedeutung der Haut- und Geschlechtskrankheiten für den Schularzt.** M. K. 1927, 25.

Ebensowenig wie der Schularzt berufen ist zu behandeln, soll man auch von ihm nicht in den schwierigen Hautfällen eine genaue Diagnose erwarten; seine Tätigkeit hat sich mehr auf das Erkennen ansteckender Hautleiden zu erstrecken und ihre Eliminierung; ebenso auch ist er in der Lage, aus Hautkrankheiten oft auf tiefere konstitutionelle Leiden zu schließen (Tuberkulide-Tbc.). Der Hauptwert seiner Leistungen liegt im Zusammenarbeiten mit dem Facharzt und rechtzeitiger Prophylaxe. Als entsprechendes Beispiel wird die gute Zusammenarbeit des Schularztes und der Fachärzte erwähnt bei der erfolgreichen Bekämpfung der Mikrosporieepidemie in Berlin. Auf alle Fälle aber soll der Schularzt der Körperhaut der Kinder eine liebevolle Aufmerksamkeit schenken. Die vielen kurz angezogenen Hauterkrankungen, die bei unserer Schuljugend eine Rolle spielen, bieten dem Facharzt nichts Neues. *Siegfried*-Aachen.

Brocq, L.: **Allgemeine Übersicht über die Dermatosen.** Neue Mitteilung über ihre Klassifikation. Ann. de derm. et de syph. Nr. 2. 1927.

In einer groß angelegten Arbeit sucht *Brocq* seine aus dem Jahre 1893 stammende Priorität gegenüber einer im Jahre 1926 in den Annales de Derm. et de Syph. erschienenen Arbeit von *Krzysztalowicz* „Über die Ätiologie der Dermatosen als Basis ihrer Klassifikation" zu wahren. In einer graphischen Darstellung sucht er die Beziehungen zwischen den hauptsächlichsten Dermatosen klarzulegen, welche auch heute noch als reine Hautreaktionen gelten können; so veranschaulicht er die fließenden Übergänge vom echten vesikulösen Ekzem zum papulo-vesikulösen Ekzem, zur Prurigo ferox (Prurigo simplex und Neurodermitis) sowie Prurigo Hebrae (sowie Urticaria papulosa und Urticaria), zur echten Dyshidrosis und den echten polymorphen Dermatitiden, den generalisierten exfoliativen Dermatitiden und Erythemen, endlich zur psoriasiformen Parakeratose mit Neigung zur Ekzematisation, den trockenen psoriasiformen Parakeratosen, der Parapsoriasis und echten Psoriasis. Nicht einbegreifen in dieses Schema möchte

Digitized by Google

er den Lichen ruber planus (als beruhend auf pathogenem Agens bei neuropathischer Grundlage), die Pityriasis rosea Gibert als wahrscheinlich infektiöse Erkrankung (durch Insektenstiche?), den Herpes und den Pemphigus. *Zurhelle*-Bonn.

Nachruf. The Br. j. o. D. a. S. 1927, 1.

Am 28. Oktober 1926 starb in Liverpool nach einer Operation *Frank Barendt* im Alter von 65 Jahren. Er wirkte als Dermatologe an der Abteilung für Hauterkrankungen des Liverpooler Südhospitals und ebenso am dortigen St. Georgshospital. Er war der Herausgeber des „Liverpool Medico-Chirurgical Journal", in dem er auch seine meisten Beiträge erscheinen ließ. Eine Eigenart des Verstorbenen war die peinliche Art, in der er seine Rezepte in genauestem Latein und ohne Abkürzungen schrieb. Er sprach verschiedene Sprachen, interessierte sich sehr für die Klassiker, war Musikkritiker, hatte eine philosophische Ader, die ihm in den oft hitzigen, immer aber vornehmen Diskussionen sehr zu statten kam, ohne daß er sich dadurch Feinde gemacht hätte. Im übrigen soll er wenig Wert auf irdische Güter gelegt haben. *Siegfried*-Aachen.

Kobelew: **Über Erythraemien.** Journal zur Vervollkommnung der Ärzte. (Leningrad, 1926. Nr. 11.)

Beschreibung eines in die Gruppe der zuerst von *Voquez* beschriebenen Polycythämien gehörigen Falles. Außer Störungen seitens verschiedener innerer Organe, besonders des Herzens, wie der Milz und der Blutveränderungen (r. Blutkörperchen zu 8—9 Mill., Hbgehalt, schwankend zwischen 117 und 130%) zeigte die 52jährige Patientin blaurote Verfärbungen der Füße und Hände, starke Hyperämie des Gesichts wie der oberen Brustregion, endlich der Lippen, der Zunge und des Rachens. Eine Besserung konnte nicht erzielt werden. *A. Jordan.*

Zinsser-Köln: **Schutzkasten für Moulagen.** Derm. Wo. Bd. 83. Nr. 52a: 1926.

Es wird empfohlen, statt der bisher verwandten und sehr empfindlichen Glaskästen für die Aufbewahrung der Moulagen solche aus Cellon zu verwenden. Dieselben können selbst geschnitten werden (Schnittmuster ist abgebildet), sind haltbar, brechen nicht und trüben sich auch mit der Zeit nicht. Der Preis ist etwas höher als für Glas. *Krüger*-Sagan.

Franz Touton-Wiesbaden: **Stoffwechselstörungen und Hautkrankheiten.** Stoffwechselkrankheiten. 1926.

Eingehende Referat mit vielen Einzelheiten. Im Original nachzulesen. *Arthur Alexander*-Berlin.

Brandis: **Bösartige Geschwulst (Sarkom) und Unfall.** M. K. 1927, 15. Gutachten.

Arbeiter war auf Kante mit r. Oberschenkel gefallen, setzte aber seine Arbeit fort. 3½ Monate später an gleicher Stelle eine Geschwulst. Beim Einschneiden kam man in Höhle zwischen Knochen und Muskulatur mit frischem Blut. Absetzung des Oberschenkels, worauf im Amputationsstumpf Sarkom festgestellt wurde. Trotzdem beide bisherigen Ärzte einen Zusammenhang zwischen Unfall und Sarkom annahmen, kam Obergutachter zu gegenteiligem Schluß, weil die Gewalteinwirkung, wenn sie

Digitized by Google

auch kranke Stelle traf, doch zu geringfügig war, Dauerschädigung zu setzen, weil der seit Unfall verstrichene Zeitraum nicht genügt, um ihn mit der Größe des Gewächses in Einklang zu bringen. Da weiter keine Wahrscheinlichkeit dafür bestand, daß der Unfall wachstumssteigernd auf Sarkom gewirkt habe, müsse Anspruch verneint werden. *Siegfried*-Aachen.

Steinberg und *Glauberson:* **Sarcomatosis cutis gigantocellularis.** Klinitscheskaja Medicina 1927. Bd. 5. Nr. 7.

Zum ambulatorischen Empfang der beiden Ärzte wurde ein 10monatliches Kind jüdischer Eltern gebracht mit einer Unmenge kleiner Knötchen von Kirschkern-Erbsengröße. Die Knötchen saßen auf dem Halse, dem Rumpf, dem Bauch, Gesäß, den Ober- und Unterarmen und auf den Hüften. Sie erinnerten an Mollusca contagiosa, jedoch die histologische Untersuchung ergab das Bild eines Sarcoma gigantocellulare.

A. Jordan.

Sequeira und *Brain:* **Development of True Sarcoma in a Case of multiple idiopathic Pigment-So-Called Sarcoma (Kaposi). (Entwicklung von wahren Sarkomen in einem Fall von sogenanntem Sarkoma des multiplen idiopathischen Pigmenttyps (Kaposi).** The B. j. o. D. a. S. 1926. 12.

Einen ähnlichen Fall wie vorliegenden haben *Pringle und Mackenzie* schon 1913 veröffentlicht. Hier handelt es sich um einen jetzt 60jährigen Schneider, der schon vor 16 Jahren eine purpurne Verfärbung der Haut über dem l. Fußenkel bekam, bis der Prozeß fast den ganzen l. Fußrücken befiel. Allmählich wurde der ganze r. Fußrücken, auch l. Hand und Handgelenk einbezogen. Häufig vorgenommene Röntgenbestrahlungen brachten keine durchgreifende Besserung. 1924 war schon die Haut beider Füße so verhärtet, daß Bewegung sehr erschwert war. Auch die oberen Beinpartien zeigten zahlreiche zerstreute, purpurrote, weiche, leicht erhabene Knoten verschiedener Größe. Endlich aber tauchte nun eine schwammartige Tumormasse von einem vaskularisierten Knoten des l. Schienbeins aus auf, die auch gegen Röntgen sich refraktär verhielt, so daß Amputation des l. Beines notwendig wurde. Mikroskopie zeigte „Multiple Knoten eines Spindelzellen-Neurosarkoms oder malignes Endotheliom". Kaposi? Glatte Heilung des Amputationsstumpfes. 2 Monate später palpierbarer Knoten über Operationswunde, wieder 3 Monate später 2 walnußgroße purpurne Knoten ebendort, die exzidiert wurden. Seitdem nun aber (also seit $1\frac{1}{2}$ Jahren) ist die früher indurierte Haut des r. Fußes und der l. Hand normal, alle Knoten sind verschwunden. Nur stark vergrößerte Drüse in l. Inguinalfalte. Allgemeinstatus gut. *Siegfried*-Aachen.

Gluckowzeff: **Zur Kasuistik und Ätiologie des Sarcoma cutis idiopathicum multiplex hämorrhagicum Kaposi.** Venerologia et Dermatologia. 1927. Nr. 7.

Es handelt sich um 2 Fälle von sicherem Sarcoma Kaposi, von denen der eine einen 75jährigen Bauer, der andere einen 64jährigen Wächter betraf, die beide aus dem Gouvernement Tomsk gebürtig waren. Mittels der *Bogolepow*schen Färbmethode gelang es in dem einen Fall eine spärliche, in dem andern eine polymorphe Flora nachzuweisen. Verf. spricht sich daher zugunsten der *Pautrier*schen infektiösen Natur des Leidens aus, wobei sich von seinen Fällen der eine mehr der Tuberkulose, der andere mehr der Syphilis nähert. *A. Jordan.*

Digitized by Google

Nanta, A.: **Leukoplakie auf präcanceröser Melanose der Lippenschleimhaut.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 11. 1926.

Bericht über einen Fall: bei einem 42jährigen Manne hatte sich seit einigen Monaten auf der Haut der Unterlippe mit Übergang auf den Schleimhautteil eine dunkle Pigmentierung gebildet, worüber weißliche Züge verdickter Schleimhaut hinzogen. Histologisch fand sich Pigment in reichlich vorhandenen Chromatophoren der Submucosa sowie in der Basalschicht der Schleimhaut, stellenweise auch in den höheren Schichten; die Leukoplakie war durch eine Verbreitung des Stratum granulosum zu erkennen. Es handelt sich also um eine Kombination der präkanzerösen Erkrankungen Melanose und Leukoplakie, ohne daß es etwa zu einem Naevokarzinom gekommen war. *Zurhelle*-Bonn.

Piccardi: **Präkanzeröse Dermatose durch Teer.** Sezione piemontese der ital. Ges. f. Dermatol. Giorn. ital. di Dermatol. 1926. H. 6. S. 1633.

Vorstellung eines 62jährigen Patienten, der seit 31 Jahren in einer Gasfabrik beschäftigt, mit seinen Armen ständig mit Teerdämpfen und Teerpartikelchen in Kontakt kommt. An den Unterarmen Hautveränderungen, welche denen der Mäuse nach Teerpinselungen entsprechen: Diffuse Hyperkeratose, Hyperkeratosis follicularis; histologisch: Vermehrung der Melanoblasten im Epithel und Bindegewebe. Offenbar besitzt die menschliche Haut eine spezielle Widerstandsfähigkeit gegen beständige Teerreizung, denn bei dem vorliegenden Falle kam es in gut 30 Jahren nur zum ersten Stadium der präkanzerösen Form, welche nach *Bizzozzero* bei Mäusen schon nach 70—80 Tagen auftritt. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Fritz Veiel-Cannstatt: **Teerkrebs beim Menschen.** A. f. D. Bd. 148. S. 142.

Bei einem 68jährigen Manne, der seit 1901 an häufig rezidivierendem chronischem Ekzem des Afters und Skrotums litt und von Anfang an zeitweise, aber meist nur kurz mit Steinkohlenteerpräparaten behandelt worden war, zeigten sich 1919 mehrere Knötchen vom Aussehen flacher Warzen am Skrotum, als er 15 Monate lang ununterbrochen Fichtenteerlösung (Pix liq. 1 : Spirit. 2) aufgepinselt hatte. Die Knötchen verschwanden dieses Mal und auch mehrfach später auf Ätzung mit Trichloressigsäure; ein weiteres wurde zwei Jahre später exzidiert ohne histologische Untersuchung. Trotz Warnung wandte Pat. den Teer weiter an, und zwar von Anfang 1923 bis Mai 1924 wiederum täglich, worauf ein pfennigstückgroßer Knoten exzidiert werden mußte, der histologisch ein verhornendes Plattenepithelkarzinom war. *Seim*-Aachen.

Vilanova, X.: **Metatypisches Stachelzellepitheliom des Gesichtes auf einer Lupusnarbe.** Annales de Derm. et de Syph. Nr. 8—9. 1926.

Als bemerkenswert sei hervorgehoben, daß sich die Geschwulst nicht in lupösem Gewebe, sondern in einer Narbe entwickelte. Der Kranke starb an Metastasen in der Schläfen- und Schädelbasisgrube. *Zurhelle*-Bonn.

Petschnikoff: **Seltener Fall von metastatischem Hautkrebs (Lymphbahninfarkt Unna).** *Popowa-Blum* u. *Schamschin:* **Ein Fall von disseminierter Hautkarzinomatosis.** Russki Westnik Dermatologii 1927. Bd. 5. Nr. 1.

In dem ersteren Fall handelt es sich um die rapide Ausbreitung des Krebses bei einem 28jährigen Manne, streng entsprechend den Lymph-

Digitized by Google

wegen, bei Ausgang von einem Magenkrebs. In dem anderen Fall um ausgebreitete Krebsmetastasen der Haut bei einer 56jährigen Frau mit Adenokarzinom des Uterus, wobei merkwürdigerweise die rapide Ausbreitung der Hautmetastasen sechs Wochen nach der Röntgenbestrahlung des Uteruskrebses einsetzte. *A. Jordan.*

J. Popoff: **Zur Frage der Bowenschen Krankheit.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 4.

61jähriger Bauer, bei dem sich auf Grund histologischer Befunde, die Bowensche Krankheit äußerte in zahlreichen Flecken und Knötchen im Gesicht, einer warzenartigen Erhebung auf der rechten Ohrenmuschel und Hyperkeratosen auf den Unterschenkeln und Füßen. Gleichzeitig fand sich bei ihm ein basozelluläres Epitheliom der linken Wange, welches seit drei Jahren bestehen soll. *A. Jordan.*

Baader, Ernst: **Dermatostomatitis.** A. f. D. Bd. 149. S. 261.

Bei der gutartig verlaufenden Erkrankung finden sich auf Mund und Genitalschleimhaut Di-ähnliche, auch an Ätzschorf erinnernde Beläge, und an Kopf, Rumpf und Extremitäten unregelmäßige Bläschenbildung. *Hopf*-Jena.

James S. Mc. Lester: **Dermatomyositis.** Report of case. Birmingham-Ala. Journ. Americ. Med. Ass. 1926. Nr. 24.

Kurze Schilderung eines Falles von Dermatomyositis, der sich anschließend an eine akute Tonsillitis entwickelte. Das Krankheitsbild zeigte zuerst das Aussehen eines Lichen ruber planus, ging dann aber später in eine typische Dermatitis über. Außerdem wies die Patientin Muskelschwäche, Muskelschmerzen, abgeschwächte Reflexe und Ödeme an den Extremitäten auf. Makroskopisch waren Muskeln, Faszien und Fettgewebe von auffallend blasser, milchiger Farbe. Histologisch: Infiltrate aus Rundzellen, Plasmazellen und vereinzelten Eosinophilen. Leichte Degeneration der Muskelfasern. Exsudat im Endomysium. Nach 15 Monaten fast vollständige Ausheilung. Therapeutisch wurde außer Diätregelung Natriumthiosulfat verabreicht, da P. vor ihrer Erkrankung reichliche Arsenmengen zu sich genommen hatte. *Röntz*-Bonn.

J. Milmann und *Umanski:* **Zur differentiellen Diagnose der chronischen Dermatomyositis.** Russki Westnik Dermatologii 1927. Bd. 5. Nr. 5.

Der, unter Muskelentzündung und Ausbildung eines polymorphen (Ödem, bläulichrote Flecken und Streifen) Erythems, mit Übergang in Pigmentation und Atrophie, einhergehende Krankheitsfall gibt Verf. Anlaß zu einer genauen Differenzierung der Dermatomyositis chron. von einer Sklerodermie. Als Ursache ersterer sahen die Verfasser in ihrem Fall Tuberkulose an. *A. Jordan.*

Frisch: **Zur Klinik der Dermatomyositis.** M. K. 1927. 37.

Diese meist letal verlaufende Krankheit wurde vom Verf. erfolgreich behandelt mit Yatren-Injektionen, so daß bei der 36jährigen Frau in drei Monaten Ödeme und Muskelstarre behoben wurden und sie mit nur noch gelegentlichem Ermüdungsschmerz entlassen werden konnte. Auffallend ist, daß die Injektionen stets von einer ausgesprochenen Herdreaktion begleitet waren mit Fieberanstieg. *Siegfried*-Aachen.

Digitized by Google

E. L. McEwen: **Erythema multiforme.** Arch. of Derm. and Syph. Bd. 13. H. 3. S. 331. März 1926.

Bei einem Fall von typischem Erythema multiforme mit sehr starken Muskelschmerzen fand sich gleichzeitig eine hartnäckige Tonsillitis und Gingivitis. Die entzündeten Tonsillen wurden entfernt und aus dem Gewebe Kulturen gezüchtet, die Streptococcus viridans ergaben; kurze Zeit darauf Abheilung. Nach einigen Monaten wieder starke Muskelschmerzen und Fieber; klinisch Herzerweiterung mit systolischem Geräusch. Nach anfänglicher Besserung einige Zeit danach Exitus unter den Erscheinungen der Herzschwäche. Sowohl aus dem Herzblut wie aus dem Nierenbecken konnte Streptococcus viridans gezüchtet werden. Der Verf. glaubt, daß die Möglichkeit einer latenten Septikämie auch für andere Dermatosen in Frage kommt, wie Pemphigus, Dermatitis herpetiformis, Lichen planus, Lupus erythematosus, Pellagra und Herpes zoster.

G. H. Klövekorn-Bonn.

Paul Tachau-Braunschweig: **Zur Ätiologie des Erythema nodosum.** Die extrapulmonale Tuberkulose. Bd. II, Heft 1. 1927.

Die tuberkulose Ätiologie des Erythema nodosum ist vollkommen abzulehnen und ist auch wenig wahrscheinlich. Fraglich könnte nur sein, in welchem Umfange wir das E. nodosum als selbständige Infektionskrankheit betrachten dürfen und wie wir uns mit der Tatsache abfinden können, daß alle möglichen infektiösen und toxischen Dermatosen das E. nodosum nachahmen können. Verf. ist geneigt, für den weit überwiegenden Teil der Fälle eine selbständige Infektionskrankheit mit unbekanntem Erreger anzuerkennen. *Arthur Alexander*-Berlin.

Walker: **The place of Erythema nodosum in medicine.** The B. j. o. D. a. S. 1927. 6. (Der Platz des E. n. in der Medizin.)

Unter strikter Ablehnung der im Jahre 1886 von *Mackenzie* inauguierten und autoritativ gestützten Ansicht, daß E. nodosum in enger Beziehung zum Rheumatismus stände, plädiert *V.* unter kritischer Anführung zahlreicher anderweitiger Veröffentlichungen dafür, eine besondere Einheit unter dem Namen: „Fieber mit Knotenbildung" (Nodal Fever) aus dem Komplex herauszuschälen. Das ist eine akute milde Infektion mit Inkubation von etwa 14 Tagen, die Typhus erwarten lassen könnte. Die Knoten sind eindeutig und gleichartig. Rückfälle kommen vor und die Rekonvaleszenz bietet Gefahren mit Anämie und Schwäche. Die Krankheit befällt vornehmlich die Jahre zur Zeit der beginnenden Reife und weibliche Personen häufiger als männliche. Dazu klassischer Fall. Daß dieses nodöse Fieber ansteckend ist, geht dem Verf. aus zahlreich angeführten Erfahrungen von epidemischer Ausbreitung hervor. Daß das Fieber zur Tuberkulose in Beziehung steht, ist anzunehmen, da diese oft bei den befallenen Kranken eine Rolle spielt. Dazu Kasus. Neben diesem „Knotenfieber" gibt es aber noch ein E. nodosum, das weder tuberkulös noch febril ist. Z. B. kann *Bazins* Krankheit unter der Form eines schleichenden rezidivierenden Erythema nodosum entstehen, es kann syphilitisch sein oder septikämisch. Auch Erythema multiforme kann nodöse Form annehmen; weiter sollen diphtheroide Bazillen die Ursache sein können, auch Brom und Jod. Dazu 78 Literaturen. *Siegfried*-Aachen.

Digitized by Google

Eletzki: **Epidemisches Auftreten von Impetigo bullosa.** Venerologie und Dermatologie. 1927. Nr. 1.

Verf. beobachtete im Juli 1926 unter 35 Kranken eines Kinderheims 14 Erkrankungen an bullöser Impetigo, welche auf Staphylococcus aureus und teilweise albus zurückzuführen waren. *A. Jordan.*

S. P. Solomin: (Minsk) **Ein Fall von kombinierter Erkrankung an Impetigo contagiosa und Glomerulonephritis acuta bei einem Erwachsenen.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 13. 1927.

Wenige Tage nach dem Auftreten einer Impetigo contagiosa an den Extremitäten und dem Gesicht kam es bei einem Pat., einem Tierarzt, zu einer Allgemeinerkrankung mit Temperatursteigerung. An den Beinen und im Gesicht bestand ein leichtes Ödem. Im Urin war reichlich Albumen vorhanden, ebenfalls fanden sich Erythrozyten. Der Fall ist insofern bemerkenswert, als das Auftreten einer Glomerulonephritis nach Impetigo contagiosa bisher nur bei Kindern beobachtet worden ist. *Krüger*-Sagan.

Hagen (Dortmund): **Über Pyodermia superficialis (erosiva) chronica.** Derm. Woch. Bd. 83. Nr. 52a. 1926.

Es werden drei Fälle beschrieben, bei denen es zu langdauernden großflächigen mit Borken und Krusten bedeckten Erosinen der verschiedensten Körpergegenden gekommen war. Die Affektion bestand teilweise schon jahrelang ohne Heilungstendenz zu zeigen. Luestherapie war meist erfolglos angewandt worden. Auch in der Klinik zeigten sich große therapeutische Schwierigkeiten, die Affektionen dauernd zur Heilung zu bringen. Meist bestand stärkere Empfindlichkeit gegen Salben, am besten wirkten noch Trypaflavinpinselungen. Histologisch war stellenweise die Epidermis fast ganz zerstört, an anderen Stellen aber nur in den obersten Lagen; sie ist mit zahlreichen Lympho- und Leukozyten durchsetzt. Der Prozeß zeigt nirgends Neigung, in die Tiefe zu gehen. Aus dem Sekret der erodierten Flächen gelang meist die Kultur des Staphylokokkus aureus hämolyticus. Es wird daher vorgeschlagen, die Affektion als „Pyodermia superficialis erosiva chronica" zu bezeichnen *Krüger*-Sagan.

Rosental und *Chlebnikoff:* **Zur Frage des Exanthema subitum.** Venerologie und Dermatologie. 1927. Nr. 4. (Russisch.)

Verfasser beobachteten in zwei Familien je einen Fall von Exanthema subitum bei Knaben von 10 und 11 Jahren. Der masernartige Ausschlag trat, nach vorheriger Temperatursteigerung, plötzlich auf, verschwand ohne Schilferung und ohne allgemeine Störungen hervorzurufen, in zwei Tagen, obgleich gar keine Therapie eingeleitet worden war.

A. Jordan.

F. A. Stevens and *A. R. Dochez:* **The Epidemiology of Scarlatinal Throat Infections Sine Exanthemate (Die Epidemiologie der Scharlachracheninfektion ohne Exanthem).** Journ. Am. Med. Ass. Bd. 87. Nr. 26. 1926.

Derselbe Stamm von Str. scarlatinae kann klinisch Scharlach und Scharlach sine exanthemate machen. Fälle von Scharlachangina sind infektiös. Scharlachantitoxin ist therapeutisch sehr wirksam bei Racheninfektionen ohne Exanthem. Racheninfektionen mit Str. scarlatinae können bei Personen vorkommen, die früher Scharlach hatten.

Memmesheimer-Bonn.

Digitized by Google

Friedemann und *Deicher:* **Die Übertragung des Scharlachs.** D. m. W. 1926. Nr. 51.

Verfasser haben 1925 die grundlegenden Versuche der amerikanischen Entdecker des Scharlacherregers, *Dochez* und Ehepaar *Dick*, nachgeprüft und im wesentlichen bestätigt. Dieser Erreger ist ein Typ des Streptokokkus haemolyticus. Die Frage der Übertragung des Scharlachs wurde nun in großen Reihenuntersuchungen, welche mit bakteriologischen Methoden unternommen wurden und sich auf den Nachweis des bei den Scharlachpatienten gefundenen, beim Gesunden gar nicht oder nur äußerst selten vorkommenden hämolytischen Streptokokkus erstreckten, studiert. Ausgedehnte Vorversuche, welche sich mit der Biologie und der Frage der spezifischen Toxinbildung, also mit der Identifizierung von Streptokokkenstämmen beschäftigten, ließen die genannte Vereinfachung der Hauptversuche berechtigt erscheinen. Als Quelle der Übertragung des Scharlachs kommen praktisch nur die im Rachen der Kranken und im Eiter septischer Komplikationen vorhandenen Scharlachstreptokokken in Betracht; Hautschuppen und Harn sind frei von Scharlachstreptokokken und deshalb nicht ansteckend. Auch in der Umgebung von Kranken, z. B. sogar in der Luft des Krankenzimmers, sind diese Streptokokken in reichlichen Mengen nachgewiesen worden. Nach 6wöchigem Aufenthalt im Krankenhaus fanden sie in 100 % der Fälle noch Scharlachstreptokokken auf den Tonsillen. Die Errichtung von Lüftungsbaracken auf den Scharlachstationen wird deshalb dringend empfohlen. Die Frage des Übergangs von virulenten hämolytischen Scharlachstreptokokken in die avirulente grüne Varietät wird durch Anführung eines Falles geklärt: Die Schwester einer entlassenen Scharlachpatientin wurde mit Scharlach eingeliefert, während bei der ersten Pat. nur noch grüne atoxische banale Streptokokken gefunden wurden. Durch Mäusepassage gelang es diesen grünen Stamm in die hämolytische Form umzuwandeln, welche bei der Toxinbildungsprüfung typisches spezifisches Scharlachtoxin bildete.

O. Dittrich-Kiel.

Fritz Lülsdorf: **Ein Staphylokokkenerysipel.** Münch. med. Woch. Nr. 52. 1926.

Mitteilung eines Falles von Staphylokokkenerysipel an der linken oberen Extremität, das sich durch eine intensive bläuliche Rötung, durch Ulzerationen, Nekrosen, Blasenbildungen, sowie perlschnurartige blaurote Streifen auszeichnete. Die bakteriologische Untersuchung des Blaseninhaltes sowie der Nekrose ergab Staphylokokkus pyogenes und aureus. Während die Prognose dieses Erysipels im allgemeinen infaust ist, kam der mitgeteilte Fall unter Rivanolverbänden und Staphylo-Yatren intravenös zur Abheilung. *Weinstock*-Charlottenburg.

M. A. Agronick (Moskau): **Beiträge zur Epidemiologie und Kasuistik der Orientbeule.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 8. 1927.

Die Erkrankung der Bevölkerung an Hautleishmaniosis ist im turkestanischen Gebiet sowie transkaspischem bis heute noch sehr groß. Die offiziellen Zahlen geben wohl in keiner Weise ein richtiges Bild von den wirklich vorhandenen Erkrankungen, weil nur ein geringer Prozentsatz der Kranken dieserhalb den Arzt aufsucht. Es kommen wahre Familienerkrankungen vor, wo nacheinander alle Mitglieder der Familie ergriffen

Digitized by Google

werden. Trotzdem ist bis heute die Art der Übertragung noch nicht völlig geklärt. Unter den zahlreichen beobachteten Fällen befanden sich auch zwei Patienten, die neben typischen Orientbeulen der Haut, solche der Schleimhaut der Lippen und Wangen aufwiesen, die aber nicht per continuitatem von der Haut auf die Schleimhaut gewandert waren, sondern die dort primär entstanden waren. Diese Beobachtung ist selten und scheint ebenso wie die lange Inkubationsdauer eine Eigentümlichkeit der turkestanischen Hautleishmaniosis zu sein. Die Wa.R. war bei allen Patienten, bei denen sich mit Sicherheit eine Lues ausschließen ließ, negativ.

Krüger-Sagan.

Wolfsohn: **Beginnende Fuß-Gangrän unter dem Bilde eines „eingewachsenen Nagels".** M. K. 1926. S. 50.

Verf. gibt drei Fälle von anscheinend eingewachsenem Fußnagel, die sich nach Entfernen des Nagels weiter verschlimmerten, so daß es zweimal zur Pirogoff-Amputation kam, einmal sogar zum Absetzen des Unterschenkels. In allen drei Fällen handelte es sich um sehr starke Zigarettenraucher im Alter von 23—32 Jahren. In allen Fällen lag schwere Zirkulationsstörung vor, deren erstes Anzeichen die Nagelbeschwerden waren. (Zyanose, Parästhesien, Pulslosigkeit der Arteria dorsalis pedis sowie der A. tibialis postica u. poplitea.) Daneben Knochennekrose. Hier bei ersten Anzeichen Maßnahmen zur besseren Blutversorgung ergreifen, also keine Hochlagerung, keine kalten Umschläge, dagegen Wärmetherapie, Stauung, Antispasmodien wie Belladonna u. Natr. nitros. Auch keinenfalls Trauma des Nagelbettes setzen durch Nagelbettoperation. Ein Fall führte den Medikus vor Gericht, weil Nagelentfernung zum Schaden geführt haben sollte. Freispruch, da Fall „eigenartig" lag. *Siegfried*-Aachen.

Mannheim: **Gangrän des Serotum und des Penis.** Wratschebneja Gaseta. 1927. Nr. 16.

Verf. beobachtete zwei Fälle von Spontangangrän des Hodensacks und des Gliedes bei Personen, die keine venerischen Krankheiten hatten oder gehabt hatten (37jähr. Buchdrucker, 40jähr. Bauer). Es wurden in beiden Fällen Staphylo- und Streptokokken gefunden. Prophylaktisch empfiehlt Verf. Dauerbehandlung der Geschlechtsorgane, therapeutisch chirurgische Maßnahmen und allgemeine Kräftigung des Organismus. Als Ursache dieser Erkrankung sieht Verf. aber, außer der Infektion, auch individuelle, lokale, anatomische Bewegungen seitens der Blutzirkulation an.

A. Jordan.

Flarer, F.: **Beitrag zur Kenntnis der akuten nicht venerischen Ulzerationen der äußeren weiblichen Genitalien.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 3. S. 1042.

Flarer teilt vier Fälle von ulzerösen akuten nicht venerischen Erkrankungen an den weiblichen Genitalien mit, die klinisch und ätiologisch sich ganz verschieden verhielten. Beim ersten Falle handelt es sich um eine akute ulzeröse Form tuberkulöser Natur mit positivem Tuberkelbazillenbefunde im erkrankten Gewebe und in den Drüsen und mit positiver Verimpfung auf das Meerschweinchen. Beim zweiten Falle handelt es sich um eine erosiv-ulzeröse Form bei einer Typhuskranken; lokal wurden keine Typhusbazillen, wohl aber das Bacterium coli gefunden. Beim dritten Falle handelte es sich um eine primäre diphtheritische Form mit lokalem

Digitized by Google

positivem Befunde und guter Ausheilung durch lokale Applikationen von Diphtherieantitoxinserum. Beim vierten Falle lag eine schwere, durch Streptokokken veranlaßte Erkrankung vor; Heilung durch lokale Applikationen eines Antistreptokokkenserums. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Cappelli, J.: **Die akuten durch den Geschlechtsverkehr übertragenen Ulzerationen der Genitalien nicht venerischer Natur.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 633.

Cappelli kommt auf Grund der Literatur und eigener Beobachtungen zu folgenden Schlüssen: 1. Wenn man von den symptomatischen Ulzerationen der Genitalien auf Grund allgemeiner Infektionen (Diphtherie, Typhus, Paratyphus, Erythem polymorph. usw. absieht), so sind die sozusagen autochthonen Formen mit unbekannter Ätiologie doch immer noch häufiger, als man allgemein annimmt. Die Beobachtungen würden noch zahlreicher sein, wenn die Fachärzte sich nicht von der Ansicht beeinflussen ließen, daß diese Krankheitsveränderungen venerischer Natur sein müßten. 2. Das klinische Bild der hier in Betracht kommenden Ulzerationen zeigt häufig Abweichungen von den drei von *Lipschütz* aufgestellten Typen der gangränösen, pseudo-venerischen und miliaren Form. Man beobachtet besonders bei der zweiten Form ganz bemerkenswerte Varietäten von der erosiven Form vom impetiginösen Typus bis zu der tief ulzerierten und leicht vegetierenden Form. Bei einem Falle wurden Krankheitsherde in der Vagina und am Uterushalse festgestellt. Allen Formen gemeinsam ist die Eigenschaft der Benignität (auch bei hohem Fieber), die geringe oder fehlende Tendenz, Drüsenmetastasen zu bilden. ein eher schneller Verlauf (in Beziehung zu den Substanzverlusten), die Abheilung nach leichten antiseptischen Applikationen, ohne daß Kaustika erforderlich sind. 3. Man findet diese Ulzerationen nicht nur bei Kindern, Jungfrauen, bei alten Jungfern, sondern auch bei Frauen in voller Geschlechtsreife und mit voller geschlechtlicher Tätigkeit und bei Prostituierten. 4. Einige dieser Formen sind durch den Geschlechtsverkehr übertragbar. Bei einem Falle gab die Patientin an, von ihrem Bräutigam durch ähnliche Erscheinungen angesteckt zu sein; bei zwei Fällen wurde die Übertragung vom Ehemann auf die Ehefrau und von Freund auf Freundin evident festgestellt. 5. Auf Grund der bakteriologischen Untersuchungen und experimentellen Inokulationen kann der Bacillus crassus *Lipschütz* nicht als pathognomonisch für diese Formen gelten, denn er konnte fehlen, während sich andere mehr oder weniger als Saprophyten geltende Keime fanden. 6. Was die Pathogenese betrifft, so scheint es, als ob Modifikationen in der Pathogenität der genitalen Flora (durch Menstruationsperiode) usw. und auch äußere Ursachen (extragenitale Beziehungen, in einem Falle ein analer Koitus) eine Rolle spielen können. 7. Die Diagnose dieser Ulzerationen stützt sich vor allem auf die morphologischen und klinischen Charaktere, auf das Fehlen venerischer und syphilitischer Erscheinungen (mangelnder Nachweis des Streptobazillus und der Spirochäten, wiederholte serologische Untersuchungen und Inokulationen). 8. Die Kenntnis der Formen ist absolut notwendig, sowohl vom klinischen, wie vom gerichtsärztlichen Standpunkte; bei einem Falle wurden alle Untersuchungen zur Beglaubigung der moralischen Fragen unternommen. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Digitized by Google

Theodore Baker, M. D. Pittsburgh: **Nonveneral (Metastatic) Genital Infection (Nichtvenerische (metastatische) Genitalinfektionen).** The Journal of the American Medical Association. Band. 88. Nr. 26. S. 2025.

Nichtvenerische Genitalinfektionen sind häufiger, als man annimmt. Infektionsherde an anderen Körperstellen sind ein wichtiger ätiologischer Faktor. Prostata und Samenbläschen, die einmal metastatisch infiziert worden sind, können nun ihrerseits wieder Infektionsherde werden. Deshalb muß auch bei Patienten, die früher einmal eine Geschlechtskrankheit gehabt haben und die jetzt an einer Prostataerkrankung leiden, auf den metastatischen Ursprung dieser Erkrankung gefahndet werden.

Memmesheimer-Bonn.

Ferrari: **Ulzera acuta vulvae non venerea.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 1. S. 116.

Auf der piemonteser Sektion der ital. Ges. f. Dermatol. stellt *Ferrari* ein Mädchen vor, bei dem ein wenige Tage vorher stattgehabter Vergewaltigungsversuch zu 7 Ulzera auf den großen und 2 auf den kleinen Labien geführt hatte. Sie ähnelten den oberflächlichen Ulzera mollia, unterschieden sich aber von diesen durch das Aussehen der Ränder, die geringe Empfindlichkeit bei der Palpation, die mäßige Drüsenreaktion, den negativen Streptobazillenbefund und dem Vorhandensein eines dicken, leicht färbbaren grampositiven Bazillus quasi in Reinkultur, der dem Bazillus crassus *Lipschütz* entsprach. Die Diagnose: Ulzera acuta vulvae vom Typus der Pseudoulzera venerea *Lipschütz* wurde auch durch den schnellen Heilungsverlauf bei einfacher Behandlung — Lösungen von Borsäure und Silbernitrat — bestätigt. Die Kenntnis dieser Formen ist auch von gerichtsärztlicher Bedeutung; sie sind wohl nicht kontagiös, nicht beim Koitus übertragbar, sondern kommen durch Autoinokulation saprophytisch lebender Keime zustande und entstehen durch Virulenzsteigerung derselben bei besonderen Bedingungen.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Hallam: **Papular Urticaria. (Urticaria papulosa).** The B. j. o. D. a. S. 1927, 3.

Dieses auch als Prurigo Hebrae, Strophulus infantum oder Lichen urticatus beschriebene Kinder- und Säuglingsleiden wird vom Verf. zum Thema einer 16 Seiten langen Studie genommen, ohne daß viel Neues dabei herauskommt. Anscheinend besteht in vielen Fällen eine Leukopenie und Eosinophilie. Besonderes Interesse weckt der Hinweis, daß Ortsänderung, z. B. einfacher Aufenthalt in der Klinik, meistens genügt, das Leiden zu heilen, bis es nach Rückkehr in die frühere Umgebung wieder auftritt. Die Versuche des Verf., die Ursache dieser auffallenden Erscheinung zu eruieren, mißlangen bisher. Am Nahrungswechsel liegt es nicht, auch nicht an der verschmutzten Kleidung der kleinen Kranken. Vielleicht bewirkt die bessere Durchlüftung der Krankenhausräume und deren temperierte Temperatur im Gegensatz zu den oft überheizten Zimmern zu Hause das Wunder, dem nachzuspüren sich lohnen würde, da in dieser Erfahrung der Schlüssel zur Lösung der Ätiologie obigen Leidens liegen dürfte. Dazu 53 sehr kurze Kasuistiken. *Siegfried*-Aachen.

Wein und *Salutzki:* **Zur Kasuistik der Urticaria verrucosa.** Venerologia und Dermatologia. 1926. Nr. 6.

Ein einschlägiger Fall dieser seltenen Urticariaform. *A. Jordan.*

Digitized by Google

H. Aßmann, **Beitrag zur Kenntnis der angioneurotischen exsudativen Diathese.** Krankheitsforschung. Band IV. S. 280. 1927.

Es handelt sich um einen 26jährigen Landwirt, bei dem im Oktober 1925 eine Ödemerkrankung des linken Augenlides auftrat. Zu diesem Quinckeschen Ödem traten Hydrops articulorum intermittens, Migräne, zirkumskripte Hautgangrän, Raynaud, Muskelnekrosen und blutige Infarzierungen der ableitenden Harnwege und Hoden hinzu. Das gleichzeitige Vorkommen dieser klinischen Erscheinungen an einem Fall läßt auf eine gemeinsame Ursache und eine Wesensgleichheit dieser Krankheitsbilder schließen, die unter dem gemeinsamen Begriff der angioneurotischen exsudativen Diathese zusammengefaßt werden können. Die letzte Krankheitsursache ist noch nicht völlig bekannt. Es scheint sich aber um eine ererbte Krankheitsbereitschaft im Sinne einer gesteigerten Empfindlichkeit zu handeln, bei der auf exogene oder endogene hormonale Reize hin, die sich besonders am sympathischen Nervensysten geltend machen, die verschiedenartigen Krankheitserscheinungen namentlich am Gefäßsystem ausgelöst werden.

Memmesheimer-Bonn.

Broderson: **Über Dermographismus und die Beeinflussung derselben durch Sonnenbäder.** Journal zur Vervollkommnung der Ärzte. 1927. Nr. 5.

Verf. fand bei 458 Personen mit normaler Haut: einen roten Dermographismus in 335 Fällen, einen roten D., umrahmt von weißen Streifen in 62 Fällen, einen weißen D. in 30 Fällen, einen gemischten in 25 Fällen, keinen D. in 5 Fällen und eine Dermographia elevata (Urticaria factitia) in 1 Fall. Dagegen bei 312 Personen mit infolge von Sonnenbestrahlung pigmentierter Haut bei 230, d. h. in 70.% einen weißen Dermographismus.

A. Jordan.

Soboieff und *Markus:* **Über atypische Formen von Urticaria perstans papulosa.** Russkij Westnik Dermatilogii. 1927. Bd. 5. Nr. 5.

Die Beobachtung von Urticaria papulosa perstans bei zwei anämischen Frauen von 28 und 34 Jahren lehrte die Verf., daß weder klinische noch histologische Beweise für eine Abtrennung dieser Urticariaform von der Gruppe der Urticaria überhaupt vorliegen. Im Gegenteil, dieselbe gehört zur chronischen Urticaria, jedoch eine atypische, fixe Form derselben bildend. Die Bedingungen für die Entwicklung dieser atypischen Formen werden durch individuelle Besonderheiten des Organismus geliefert, welche zu einer Umstimmung der Reaktion der Haut führen, als deren Resultat die Haut auf denselben Reiz mit Entwicklung atypischer, fixer Knötchen antwortet. Diese Umstimmung wird befördert durch konstitutionelle Anomalien im endokrinen Apparat, im retikulo-endothelialen System, im Stoffwechsel usw.

A. Jordan.

Cohn: **Die vasokonstriktorische Neurose der weiblichen Brustwarze** M. K. 1926, 52.

Es handelt sich um ein bisher nur selten beschriebenes Krankheitsbild, zu dem *V.* drei weitere Kasuistiken gibt. Meist während der Laktation stillender Frauen und im Anschluß an das Stillen stellen sich starke Schmerzen in der Brustwarze ein. Die Warze selbst wird anämisch, der Vorhof zyanotisch. Anfallsdauer 5—6, auch 15—20 Minuten. Mitunter strahlen die Schmerzen nach Arm und Rücken aus. Da sich die Attakken meistens

Digitized by Google

während der Gravidität und Laktation häufen, ist an endokrine Komponente zu denken. Im Übrigen setzt *V.* diese Zustände in Parallele mit den *Schultze*schen Akroparästhesien, die ja auch besonders durch Kälte ausgelöst werden, zumal die Brustwarze auch als „Akron" anzusehen ist. *V.* empfiehlt gegen diese Zustände Stillen im warmen Zimmer, am besten neben Ofen. Vielleicht auch Ovarialpräparate. *Siegfried*-Aachen.

Warnecke: **Beitrag zur „vasokonstriktorischen Neurose der weiblichen Brustwarze.** M. K. 1927, 18.

Zu *Cohns* gleichen Beiträgen in 1926, 52 dieser Wochenschrift gibt *V.* einen weiteren Fall, der sich nur dadurch von *Cohns* Fällen unterscheidet, als er eine nicht stillende Frau betrifft. Es handelt sich um eine 26jährige phthisische Telephonistin, mit Struma, thyreotoxischen Erscheinungen und deutlich vergrößertem rechten Eierstock. Auch hier setzen sehr schmerzende Krämpfe in Kälte ein und kalten Monaten. Warzen dabei erigiert und auf Kuppe blaß. Haut der Warzenhöfe gekräuselt und bläulich. Beschwerden, die 4—6 Wochen dauerten, verschwanden spontan bei Einsetzen wärmerer Witterung. Milderung der Attacken durch heiße Umschläge. Beziehung zur Menstruation verneint. Wahrscheinlich bestand neuropatische Anlage, wie sie auch *Cohn* behauptet, vielleicht auch Störung innerer Sekretion durch Erkrankung des r. Ovariums und durch Struma. Bei peinlicher Beobachtung wird das Leiden viel häufiger festzustellen sein. *Siegfried*-Aachen.

Steinthal: **Zur vasokonstriktorischen Neurose der weiblichen Brustwarze.** M. Kl. 1927, 29.

V. liefert zu *Warneckes* Veröffentlichung über das gleiche Thema einen weiteren Beitrag zur Unterstützung der seiner Zeit von *W.* geäußerten Vermutung, daß obiges Leiden bei genauerer Beobachtung sich wohl häufiger finden werde als bisher angenommen. *V.* will nun mehrere diesbezügliche Beobachtungen gemacht haben: Schmerzen beider Brustwarzen mit deren Erektion, ausschließlich im Herbst und Winter und abhängig von mehr oder minderem Wärmeschutz. Einmal Schmerzen in kalten Monaten regelmäßig vor Menstruation. Verschwinden aller Beschwerden am Tage nach Menstruationsbeginn. Heilung immer durch lokale Wärmezufuhr. Einmal verschwanden Erscheinungen nach Verheiratung bei Kranken mit gesteigerter vasomotorischer Erregbarkeit.
Siegfried-Aachen.

S. Bettmann (Heidelberg): **Schwellungsreaktionen an Tätowierungen und ihre Registrierung.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 1. 1927.

Bei der mechanischen Reizung von Tätowierungen durch Reiben mit feuchten Gazestückchen stellte sich heraus, daß es meist nach 5—10 Minuten, selten später, gelingt eine vorübergehende Anschwellung an den tätowierten Linien und Flächen hervorzurufen, die als Prominenz fühlbar und sichtbar sind. Die Reaktion ist stärker, wenn die Tätowierung noch relativ jung ist, aber es gelang auch noch an 40 Jahr alten dieses Phänomen hervorzurufen. Verschiedene Hautstellen reagieren nicht mit derselben Stärke; am besten sprechen Tätowierungen an der Beugeseite des Vorderarmes an, weniger schon an der Streckseite. Diese hervortretenden Prominenzen lassen sich ähnlich wie beim daktylographischen Verfahren direkt abklatschen oder noch besser in Abdrücken auf Glasplatten oder Filmen gewinnen. Da

Digitized by Google

gerade Tätowierungen bei Personen, die häufiger mit der Polizei in Berührung kommen, zu finden sind, ist diese Methode vielleicht imstande, wertvolle Dienste bei der Verbrecherbekämpfung zu leisten. Zwei auf diese Weise gewonnene Dermatogramme sind als Abbildungen der Arbeit beigegeben. *Krüger*-Sagan.

Brose-Berlin-Friedenau: **Neue Tätowierungsphänomene.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 14. 1927.

Bei Tätowierungen wurde vor einiger Zeit festgestellt, daß nach Klopfen oder Reiben der betreffenden Hautstellen eine ödematöse Anschwellung der blauen Tätowierungen auftrat, während die rot tätowierten Stellen nicht mit anschwellen. Bedeckte man die Haut mit einem roten Tuch und reizte sie dann, so schwollen allein die roten Tätowierungen empor Blaulicht- und Rotlichtbestrahlungen ergaben dieselben Resultate. Die beschriebenen Reaktionen beruhen wahrscheinlich auf einer Schädigung des lymphagogenen Systems mit parallel einhergehenden Veränderungen des vasomotorischen Hautsystems. *Krüger*-Sagan.

Cohen: **Tattooing; Some medical and psychological aspects. (Tätowierung, einige medizinische und psychologische Gesichtspunkte).** The Br. j. o. D. a. S. 1927, 7.

Schon im Paläolithikum haben die Menschen sich tätowiert oder bemalt, wohl um ihre Nacktheit zu verbergen oder auch aus Eitelkeitsgründen. Heute findet man Tätowierung meistens in den unteren Volksschichten, wobei auffallend hohe Prozentzahlen unter den Insassen der Besserungsanstalten, bis 40%, gefunden werden; ein weiteres großes Kontingent stellen Matrosen und Soldaten. Manche dieser Leute halten das T. für gesund oder glauben damit Vakzination überflüssig zu machen. Bei den Zeichnungen spielen sexuelle Vorwürfe eine große Rolle, vielleicht glaubt der Träger damit sich seiner Schönen dankbar zu erweisen, zumal wenn er ihren Namen eingeimpft trägt. Oft auch wohl bietet die stille Betrachtung des Namens der heimlich Geliebten Ersatz für körperliche Annäherung. Auffallend ist sexuelle Komponente der T. bei den Südseeinsulanern, da Weiber dort besonders ihre Genitalien markieren. Ein ziemlich hoher Prozentsatz der Tätowierten ist luetisch, was wohl abzuleiten ist aus der Menschenklasse, der sie entstammen, wobei auffallend ist, daß manche der Tätowierten gerade in ihrem Zustand ein Abwehrmittel gegen Geschlechtskrankheiten sehen. Und doch wird gerade bei der Tätowierung oft Lues übertragen, wenn der „Künstler" zuvor sein Operationsgebiet, wie gewöhnlich, mit Speichel benetzt, um sein Muster aufzutragen. Dazu Beispiel. Weiteres Beispiel der Übertragung von Tbc. Interessant ist ein weiteres Beispiel, wo sich auf mit Schwefelsulfid geimpften Stellen, und nur an diesen, Papillome entwickelten. Weiter geht Verf. auf die Entfernungsmittel ein, deren er mehrere nicht unbekannte erwähnt. Den meist primitiven Tätowierungen in Europa stehen die hochkünstlerischen der Chinesen und Südseeinsulaner vorteilhaft gegenüber. 9 Literaturen. *Siegfried*-Aachen.

L. S. Sirota-Schitomir: **Zur Pathogenese und Therapie der Acne vulgaris.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 23. 1927.

Verf. hält die Acne vulgaris für eine Hautkrankheit, bei der Gleichgewichtsstörungen im vegetativen Nerven- und Inkretsystem angenommen

Digitized by Google

werden müssen. Die Untersuchungen über den Calciumgehalt im Blute bei der Akne ergaben Abweichungen von der Norm; daher hat Verf. intravenöse Injektionen einer 10prozentigen Calciumchloratumlösung therapeutisch angewandt. Bei ausgedehnten Fällen waren meist 10—15 Einspritzungen zu 5 ccm erforderlich. Die damit erzielten Erfolge waren den übrigen Behandlungsmethoden überlegen. *Krüger*-Sagan.

M. de Menichni-Wilna: **Pityriasis lichenoides chronica (Parapsoriasis Brocq) avec Atrophie cutanée** Acta dermato-ven. Bd. VII, 4, 1926.

1 Fall. Inhalt aus dem Titel ersichtlich. *Arthur Alexander*-Berlin.

Segrè, G.: **Pityriasis lichenoides chronica.** Giorn. ital. di Dermatol. 1926. H. 6. S. 1513.

Unter Hinweis auf die Tatsache, daß Fälle von Pityriasis lichenoides chronica aus Ländern deutscher Sprache außerordentlich häufig mitgeteilt werden, seltener aus Frankreich und nur 2 sichere Fälle aus Italien (*Martinotti*) beschrieben wurden, veröffentlicht *Segrè* die Krankengeschichte eines einschlägigen Falles, der einen 54jährigen Mann betrifft, mit histologischer Untersuchung. Abheilung eines Teiles der Krankheitsherde mit Pigmenthinterlassung. Gute Beeinflussung, wenn auch nicht Abheilung, der Hautkrankheit durch Solarsoninjektionen. Der Fall gibt dem Autor Gelegenheit, kurz auf verschiedene Formen der Parapsoriasis einzugehen und die Frage der Beziehung der drei Formen zueinander zu betrachten. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Silbermann und *Plossiansky:* **Ein Fall von akuter Parapsoriasis.**

Besproswannaja: **Ein Fall von Parapsoriasis en gouttes et en plaques, anscheinend tuberkulöser Herkunft bei einem Syphilitiker.** Venerologica u. Dermatologia. 1927. Nr. 4. Russisch. Die Überschriften besagen den Inhalt. *A. Jordan.*

Prokoptschuk: **Die psoriatischen Veränderungen der Handflächen, Fußsohlen und Nägel.** Venerologia u. Dermatologia. 1926. Nr. 6.

Von 167 Psoriasiskranken der 2. Moskauer Hautklinik wiesen 31, d. h. 18,59% Veränderungen der Handflächen und Fußsohlen und 17, d. h. 10,27% Veränderungen der Nägel auf. *A. Jordan.*

Hintze und *Jeremenko:* **Zur Frage der Ätiologie und Pathogenese der Schuppenflechte.** Journal zur Vervollkommnung der Ärzte. (Russisch.) 1927. Nr. 2.

Strenge Anordnung der Psor. vulg. auf rechte Körperhälfte bei einem 29jährigen jungen Mädchen, verbunden mit Zurückgebliebensein der 2. Körperhälfte, allgemeinen Infantilismen, Störungen der endokrinen Drüsen und gleichzeitigem Vorhandensein von Tuberkulose. So verlockend es erscheint, als Ursache der Psor. vulg. Störungen des zentralen Nervensystems anzusprechen, deutet das Auftreten zeitweiliger Psoriasisherde auch auf der linken anderen Körperhälfte nach Impfung wie nach Tuberkulininjektion auf einen Komplex verschiedener Ursachen bei Entstehung der Schuppenflechte, wobei die Störung der Korrelation der endokrinen Drüsen möglicherweise von Bedeutung ist. *A. Jordan.*

Blasi. A. C.: **Glykämie und Cholesterinämie bei Psoriasis und Insulinbehandlung.** (Klinische Beobachtungen und experimentelle Untersuchungen. Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 681.

Digitized by Google

Angeregt durch die Beobachtungen einiger Autoren über 1. die Beziehungen zwischen Psoriasis und Störungen des Metabolismus der Kohlenhydrate und Fette, 2. die Koexistenz von Psoriasis und Diabetes mellitus, 3. die Koexistenz von Psoriasis und Xanthom bei Hyperglykämischen, 4. die günstigen Erfolge der Insulinbehandlung bei mit Psoriasis oder anderen Dermatosen behafteten Hyperglykämischen, 5. der Besserung oder auch Heilung der xanthomatösen Erscheinungen bei Individuen mit Hypercholesterinämie, 6. der Heilung von varikösen und einfachen Ulzeris bei Patienten mit Hyperglykämie oder normaler Glykämie durch lokale Applikation von Insulinsalben, hat *Blasi* 19 Psoriastiker, einen Patienten mit Xanthelasma palpebrarum und einen Fall von Prurigo bei einem Zuckerkranken in bezug auf ihren Zucker- und Cholesterinstoffwechsel untersucht.

a) **Glykämie.** Mittelst der Mikromethode von *Bang* — wobei als Hyperglykämiker Menschen mit höheren Werten als 1,10% galten — wurde bei 8 Fällen (in 12%) eine deutliche Hyperglykämie festgestellt. b) **Cholesterinämie.** Untersuchung nach der Methode von *Authenrieth* und *Funkt;* Bestimmung der Quantität mit dem Kolorimeter von *Hellige.* Als Vermehrung galt eine Erhöhung über 2%. Bei 6 Fällen (35%) Hypercholesterinämie mit nicht zu hohen Werten. Der Fall von Xanthelasma ergab 3‰. c) **Insulinbehandlung.** Die Psoriasisfälle von über 0,9% Glykämie und die beiden anderen Fälle wurden mit Insulin. ebenso einige andere Patienten, behandelt. Bei 5 Fällen (37,6%) partielle Besserung, ohne daß in der Mehrzahl eine absolute Heilung erzielt wurde. Bei den übrigen Fällen negatives Ergebnis. Bei dem Fall von Prurigo bei Glykosurie Heilung der Hauterscheinungen und Schwinden des Juckreizes nach wenigen Injektionen. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Kurt Wiener (Hautklinik Breslau): **Corymbiforme und kokardenförmige Psoriasis.** A. f. D. Bd. 148, S. 197.

2 Fälle, bei denen die eigenartige Figuration der Effloreszenzen den Verf. auf lokale Immunisierungsvorgänge und damit auf die Wahrscheinlichkeit infektiöser Natur der Psoriasis schließen läßt. *Sinn*-Aachen.

H. Gollner-Innsbruck: **Über einen Fall von atypischer Psoriasis.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 22. 1927.

Bei einem 70jährigen Manne, der bisher nicht an Hautkrankheiten litt, trat an den Streckseiten der unteren und oberen Extremitäten eine Rötung und Infiltration auf. Später traten auch auf diesen Partien Bläschen auf, die platzten und zu geschichteten Borken eintrockneten. Die ganze Ekzemskala erwies sich in der Therapie als wirkungslos, erst 2% Pyrogallusvaseline brachte Abheilung. Bei einem später auftretenden Rezidiv war dieselbe Erscheinung zu beobachten. Das Krankheitsbild wird als Psoriasis exsudativa aufgefaßt. Trotz dieser Form war das Allgemeinbefinden des Pat. während des Ausbruches und des Bestehens der Affektion nur wenig gestört. *Krüger*-Sagan.

W. Gurth-Berlin: **Über feinere Knochen- und Gelenkveränderungen bei Psoriasis.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 4. 1927.

Die systematische Untersuchung von Psoriatikern hatte ergeben, daß sich bei ihnen nicht so selten röntgenologisch Knochen- und Gelenkveränderungen feststellen lassen, ohne daß klinisch bereits etwas davon

Digitized by Google

wahrzunehmen ist. Verf. hat nun bei 31 Fällen, die klinisch wegen Psoriasis in Behandlung standen, Röntgenbilder der Kniee und Hände machen lassen. Dabei fanden sich bei 8 Fällen, und zwar 7 Männer und 1 Frau, röntgenologische Knochen- und Gelenkveränderungen. Meist handelt es sich um Verschmälerung der Gelenkspalten und leichte Atrophie der Knochen, teilweise waren auch hyperplastische Bildungen vorhanden. Die Befunde entsprechen am meisten denen bei primärer chronischer progressiven Polyarthritis gefundenen. Es wird nun Aufgabe der Forschung sein, das Schicksal dieser mit leichten Gelenkveränderungen behafteten Psoriatiker weiter zu verfolgen. *Krüger*-Sagan.

Nardelli Leonardo: **Klinischer und histologischer Beitrag zur Kenntnis des Lichen der Schleimhäute.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 48.

Nardelli teilt einen Fall von isoliertem Lichen der Mundschleimhaut und einen zweiten Fall von Lichen der Pseudomukosa des Penis mit. Bei beiden Fällen gestattete eine Biopsie, das histologische Bild zu beschreiben. Betrachtungen über die Beziehungen der Dermatose zu dem übrigen Organismus lassen ihn zu dem Schlusse kommen, daß ein wahrscheinlich toxisches Agens die Ursache der Dermatose und der Nervosität der Patienten darstellt. Die Prüfung der Haut beider Patienten mit den pharmakodynamischen Untersuchungsmethoden gab den Eindruck eines gesteigerten lokalen sympathischen Tonus bei wahrscheinlicher Vagotonie der Patienten. Das Kratzphänomen *Brocqs* und *Bizzozzeros*, welches *Nardelli* bestätigen konnte — an der Schleimhaut erfordert die Technik einige Modifikationen — scheint für die Differentialdiagnose anderen ähnlichen Dermatosen gegenüber von großer Bedeutung zu sein. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Ch. D. Freeman: **Lichen planus erythematosus.** Arch. of Derm. and Syph. Bd. 13, H. 4, S. 489. April 1926.

Ein Fall des seltenen Lichen pl. eryth., wie er von *Crocker, Stirling* und *Dubrenith* beschrieben worden ist. *G. H. Klövekorn*-Bonn.

Dombrowski: **Ein Fall von Lichen ruber acuminatus acutus.** Russkij Westnik Dermatologii 1927. Nr. 2.

In wenigen Tagen entwickelte sich bei einem 4½jährigen Knaben ein ausgebreiteter Lichen r. acuminatus, welcher in 6—7 Wochen unter Arsenikbehandlung gut zurückging. *A. Jordan.*

A. Jordan: **80 Fälle von Lichen ruber planus.** Ruskij Westnik Dermatologii 1927. Nr. 2.

Übersicht über die vom Verf. in der Zeit von 1911 bis 1926 beobachteten Fälle von Lichen r. planus, welche vorwiegend Personen im Alter von 21—55 Jahren, aber auch ein Kind von 1 Jahr und 8 Monaten und ein anderes von 10 Jahren betrafen. Meist saß der Ausschlag auf den Extremitäten, nächstdem auf dem Körper, wobei in 17% die Schleimhaut des Mundes und in 22% diejenige der Geschlechtsorgane betroffen war. Obgleich 10% aller Lichenfälle Syphilis gehabt hatten, scheint nach Verf. diese nur indirekt, aber nicht direkt als ätiologisches Moment in Frage zu kommen, sondern Störungen des Nervensystems, in vereinzelten Fällen Traumen. Unter den therapeutischen Maßnahmen steht As an erster Stelle, Hg-bijodatum wirkt günstig bei latenter Lues; aber Ruhe und Veränderung

Digitized by Google

der Umgebung dürfen nicht vergessen werden. Auf den Juckreiz üben Bäder und die *Unna*sche Salbe eine bessere Wirkung aus, als Röntgenstrahlen und Lumbalpunktion. *A. Jordan.*

Haxthausen: **Pityriasis rosea of the scalp-an almost invariable localisation of the disease in children (P. r. des behaarten Kopfes — eine beinahe immer wiederkehrende Lokalisation des obigen Leidens bei Kindern).** The B. j. o. D. a. S. 1927, 4.

Unter 72 Fällen aller Lebensalter fanden sich 11 Fälle mit Kopflokalisation, und diese 11 Fälle gehören zu im Ganzen 12 kindlichen Kasus, die sich in obiger Zahl von 72 überhaupt fanden. Also werden anscheinend nur Kinder von Kopfpityriasis rosea befallen. Die kindliche Kopfhaut scheint ähnlich wie bei Herpes tonsurans bestimmter schützender Eigenschaften zu entbehren, die Erwachsenen eigen sind. Dazu Abbildung eines malträtierten kindlichen Kopffalles. 10 Literaturen. *Siegfried*-Aachen.

Hermann Goodmann: Neuyork: **The Fox-Fordyce Syndrome. A review of sixty cases with case report.** Acta Dermato-ven. Bd. VII, 4. Dez. 1926.

Sehr eingehende Schilderung eines selbst beobachteten Falles unter ausführlicher Mitteilung der bisher erschienenen Literatur bis in die neueste Zeit hinein. Bemerkenswert ist, daß neuerdings von *Traub* (Neuyorker Akademy of Med.: Section on Dermatol. Jan. 1926) eine bei einem Manne gemachte Beobachtung publiziert wurde, während sonst bis auf einen von *Fox* selbst geschilderten Fall nur Frauen als befallen angeführt sind.

G.s Krankheitsbericht ist insofern bemerkenswert, als es ihm durch Kohlenbogenlichtbestrahlungen und mit Hochfrequenz durchgeführte Zerstörung der Knötchen gelang, das qualvolle Jucken bedeutend zu lindern. Er ist der Auffassung, daß in den meisten Fällen letzteres dem Ausbruch der Eruptionen vorausging. *Arthur Alexander*-Berlin.

v. Karwowski-Poznán und *Dobak*-Bydgoszcz **Ein Fall von Fox-Fordyceescher Krankheit.** A. f. D. Bd. 148, S. 76.

An Achseln, Brüsten, Nabel, Mons veneris und Pubes lokalisierter Fall. Histologisch zahlreiche Mastzellen. Sonst den aus der Literatur bekannten Fällen entsprechend. *Sinn*-Aachen.

C. M. Hasselmann-Frankfurt a. M.: **Zur Histologie der Prurigo nodularis (Lichen obtusus corneus).** Derm. Wo. Bd. 83. Nr. 47. 1926.

Bei einer Pat. mit dem klinischen Bilde einer typischen Prurigo nodularis zeigte sich im Verlauf der Behandlung eine starke Resistenz der Effloreszenzen gegen die Therapie. Erst auf intensive Teerbehandlung besserte sich der Zustand. Histologisch bestand insofern eine Abweichung von dem üblichen Befund, als keinerlei Parakeratose nachweisbar war und sich nirgends deutliche Knötchen fanden. *Krüger*-Sagan.

N. Türk-Boryslav: **Zur Kenntnis der Fox-Fordyceschen Krankheit beim männlichen Geschlecht.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 10. 1927.

Bei einem etwas neurasthenischen 23jährigen Manne traten vor längerer Zeit in beiden Achselhöhlen, und später auch um die Mamillen Knötchen auf, die stark juckten. Durch den ständigen Juckreiz verschlimmerte sich die Nervosität und es kam ebenfalls noch zu einer kompletten Impotentia coeundi. Bei der Untersuchung zeigte sich folgender

Digitized by Google

Befund: In der Haut beider Axillen, die leicht gefurcht sind, sieht man zahlreiche Knötchen, die etwa stecknadelkopfgroß und perlschnurartig angeordnet sind. Sie überragen die Haut wie Kügelchen und sind zentral größtenteils mit einem winzigen schüppchenartigen Hornstachel versehen. Ähnliche Veränderungen finden sich an beiden Areae mammarum. Die histologische Untersuchung ergab das Vorhandensein von typischen apokrinen Schweißdrüsen nicht nur in der Axilla, sondern auch in der Haut der Area mammarum. Dieser Befund ist bisher einzigartig, denn bislang wurden beim Manne diese Drüsen nur in der Axillarhaut, um den anus und sehr selten auch an dem Pubes gefunden. Pathogenetisch besteht in diesem Falle vielleicht ein Zusammenhang zwischen der veränderten Funktion der Testes und dem Auftreten der Veränderungen an den apokrinen Drüsen. *Krüger*-Sagan.

Hinze: **Zur Kasuistik der Fox-Fordyceschen Krankheit.** Russkij Westnik Dermatologii 1927. Nr. 2.

Vorkommen der genannten Krankheit bei einem 21jährigen Studenten entsprechend den Achselhöhlen und ringförmig um den Warzenhof bei den Brustwarzen. *A. Jordan.*

C. Stern-Düsseldorf: **Wie entsteht das Bäckerekzem?** D. m. W. 1927, Nr. 34.

Aus den zahlreichen Funktionsprüfungen und klinischen Beobachtungen, welche Verf. zur Erforschung der Ursachen des sogenannten Bäckerekzems anstellte, ergibt sich, daß diese Krankheit kein Gewerbeekzem im engeren Sinne ist, weil nicht die dem Bäckereibetriebe eigenen Rohstoffe wie Mehle und ihre Zusätze für die Entstehung verantwortlich zu machen sind. Unter den Bäckerlehrlingen scheint ein gewisser Prozentsatz von vornherein für Ekzeme disponiert, so daß die auch anderen Berufsarten eigenen Schädlichkeiten (übermäßig starker Gebrauch von Wasser und Seife usw.) leicht wie ekzematogene Reize wirken. Erst durch Aufbringen des *feuchten* Teiges auf die Haut konnten in einem erheblichen Prozentsatz der Fälle Ekzeme gesetzt werden, nachdem die getrennte Applikation seiner einzelnen Bestandteile fast wirkungslos geblieben waren. *O. Dittrich*-Kiel.

Tachau: **Die Rolle der Überempfindlichkeit bei den Ekzemen.** M. K. 1927, 25.

Nachdem man die mykotischen, bakteriellen, seborrhoischen „Ekzeme" und die Neurodermitis von den Hebraschen akuten und chronischen Ekzemen, die noch alles umfaßten, zu sondern lernte, konnte man an die Erforschung der Ätiologie der eigentlichen Ekzeme gehen. Forschungen, die von *Jadassohn, Bloch* und anderen verheißungsvoll in Angriff genommen wurden. Heute sehen wir im Ekzem den Ausdruck der Wechselwirkung zwischen ekzematogenen äußeren und — Ekzemdisposition — inneren Ursachen. Viele Stoffe erzeugen auf jeder Haut Dermatitiden (Chrysarobin, Crotonöl u. a.). Daneben gibt es aber noch eine Überempfindlichkeit, also eine besondere Disposition bei manchen Personen, mit der die Idiosynkrasie eng zusammenhängt. Bei der Überempfindlichkeit aber handelt es sich mehr um Reize quantitativer Art, bei der Idiosynkrasie mehr um solche qualitativen Charakters. Hier also ist die qualitativ veränderte Reaktivität des Individuums ausschlaggebend, während die Stärke des auslösenden

Digitized by Google

Reizes weniger entscheidend ist. Idiosynkrasie bestimmt die sogenannten Gewerbeekzeme. Neben klar erkrankten Ekzematikern, deren Haut auch an sonst gesunden Stellen auf entsprechende Reize glatt ekzematös anspricht, gibt es auch (nach *Bloch*) latente Ekzematiker, die nur deswegen nicht erkranken, weil sie bislang noch nicht mit Stoffen zusammenkamen, auf die sie hätten reagieren können. Weiter spielt in der Ekzemtheorie die von *Jadassohn* eingeführte Sensibilisierung eine Rolle, die wieder nahe Beziehungen zum anaphylaktischen Schock zeigt. Erst wenn der Organismus mit dem entsprechenden Antigen in Berührung kam, gelingt bei Reinjektion der anaphylaktische Schock, der Organismus wird eben erst durch die Erstinjektion sensibilisiert, gleiches gilt aber auch für die Idiosynkrasien, damit könnte man den Ausdruck „Idiosynkrasie" ersetzen durch „Sensibilisierung", wie es *Jadassohn* tat, als er den Begriff der allgemeinen Sensibilisierung für die Ekzemlehre folgende spezielle dermatologische Fassung gab, um damit möglichst viel zu erklären: die Steigerung der Hautempfindlichkeit durch bestimmte Einwirkung und nachweislich durch diese Einwirkung die Steigerung der Empfindlichkeit gegen gleiche und andere Einwirkung auf die Haut. Damit lassen sich sowohl die monospezifischen als auch die polyspezifischen Idiosynkrasien (Gruppensensibilisierungen) auf die Haut erklären. Daneben gibt es aber auch noch angeborene Idiosynkrasien, die aber vielleicht auch als erworbene angesehen werden können, wenn man auch den entsprechenden Zeitmoment nicht eruiren kann. Der idiokratischen Sensibilisierung gegenüber steht die Desensibilisierung, wie sie auch bei der Anaphylaxie und immunbiologischen Prozessen in ähnlicher Weise bekannt ist. Deswegen darf man aber die Sensibilisierung noch nicht in einen Topf werfen mit der Anaphylaxie, denn bei letzterer gibt es keine unspezifische Sensibilisierung, wie bei der Idiosynkrasie. Und gerade die unspezifische Sensibilisierung brauchen wir für die Ekzeme. Dem einheitlichen spezifischen Reaktionstyp bei der Anaphylaxie steht außerdem auch die Polymorphie der Sensibilisierungsreaktion gegenüber. *Siegfried*-Aachen.

Tachau: **Die Rolle der Überempfindlichkeit bei den Ekzemen.** M. K. 1927, 26. (Fortsetzung.)

Es gibt eine spezifische Sensibilisierung durch häufigen Kontakt von außen mit den auslösenden Reizen (Gewerbeekzem) und auf hämatogenem Wege (Salvarsan und Chininekzem), daneben existieren unspezifische Sensibilisierungen, z. B. Wäscherinnenekzeme. Wahrscheinlich gehen unspezifischen Sensibilisierungen immer spezifische voraus, wobei Ausdehnung und Dauer der Sensibilisierung weiteste Möglichkeiten zeigen. Auch zeitlich können Dispositionen schwanken, wobei Sensibilisierungen und Desensibilisierungen von Wichtigkeit sind. Angriffspunkte der Sensibilisierung ist die Epidermis selbst, aber auch der Papillarkörper arbeitet mit. Greift die Noxe Epithel an, dann ekzematöse Reaktion, greift sie vaskulär-bindegewebigen Teil der Cutis an, dann Urticaria; es handelt sich also bei Urticaria um schnellere Fortschaffung der Schädlichkeit als bei Ekzem. Nicht immer ist bekanntlich die Noxe ausfindig zu machen, trotzdem soll der Arzt in diesem Suchen nie ermüden. Eventuell soll man durch Auflegen eines mit Testlösung getränkten Leinenlappens unter Billrothbattist auf gesunder Hautstelle über 24 Stunden, sehen, ob ekzematöse Veränderungen ebendort entstanden (Knötchen, Nässen, Krusten).

Digitized by Google

Wie weit innere Ekzemreize und metabolische Stoffwechselprodukte angeklagt werden können, steht noch aus. In einigen wenigen Fällen ließen sich positive Ergebnisse erreichen, sehr viel wird man aber hier nicht erwarten können, denn der wesentlichste Teil der ekzematösen Reize, auch beim Kinderekzem, stammt aus der Außenwelt. Auch das Gebiet der Beziehungen zwischen Sensibilisierung der äußeren Haut und Allgemeinstörungen bietet noch viele Probleme (Diathesenlehre). Sicher gibt es Noxen, die außer in der Haut auch in anderen Organen Reaktionen auslösen können. Man braucht hier aber nicht gerade auf eine konstitutionelle Ansprechbarkeit zu rekurrieren, denn wie die Haut kann auch ein anderes Organ allein sensibilisiert sein. Findet man die Ekzemnoxe selbst nicht, womit ja Heilung gegeben wäre, soll man wenigsten alle sonstigen Reize, wie Wasser und Seife, verbieten auf erkrankten Gebieten. Alle sogenannten „regimes" der Franzosen beim Säuglingsekzem lehnt Verf. ab, schon weil im späteren Kindesalter und bei Erwachsenen von Ernährungseinflüssen nichts mehr zu erwarten ist, wohl aber ist auf chr. Obstipation, Diabetes, Fettsucht, Gicht usw. zu achten. Therapeutisch ist Desensibilisierung von großem Wert, wie sie ja auch empirisch durch Pasten usw. angestrebt wird. Vielleicht auch Eigenblut, Normalserum, Eiweißtherapie. Ob spezifische Sensibilisierungen durch Injektion von Extrakten, wobei nur intramuskuläre Einspritzungen in Frage kommen, weitere Heilausblicke gewähren, muß ein weiterer methodischer Ausbau dieses Verfahrens zeigen. (Rhus-Extrakte gegen Rhusdermatitis). *Siegfried*-Aachen.

C. M. Hesselmann: **Die Meldepflicht der gewerblichen Berufskrankheiten vom Standpunkt des praktischen Dermatologen unter besonderer Berücksichtigung der Stellung der Gewerbeekzeme.** Münch. med. Woch. Nr. 37, 1926.

Verf. setzt sich warm dafür ein, alle zweifelsfrei als Folge der Einwirkung von Giftstoffen entstandenen Gewerbekrankheiten, im besonderen auch die Gewerbeekzeme als meldepflichtig zu betrachten und in die Unfallversicherung einzubeziehen. Er fordert dementsprechend eine Korrektion der zu der Verordnung vom 12. 5. 1925 erschienenen Richtlinien, da viele zu allgemein gehalten seien und wahllos und willkürlich eine kleine Reihe von gewerblichen Schädigungen herausgriffen, während sie viele andere ganz unberücksichtigt ließen. *Weinstock*-Charlottenburg.

Casazza, R.: **Beitrag zur Kenntnis der Kasuistik der gewerblichen Hautkrankheiten.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 671.

Casazza berichtet über Hauterkrankungen durch Calciocyanamid. Das zu Düngezwecken hergestellte Calciocyanamid enthält 50—60% reines Calciocyanamid, 18—20% Kalkoxyd, 10—15% Kohle, 1,8% andere Substanzen, wie Kieselsäure, Eisen- und Aluminiumoxyd. Wie die Versuche *Casazzas* ergeben, sind die Hautschädigungen, unter denen es auch zur Gangrän kommen kann, dem Calciumcyanamid allein zuzuschreiben.
Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Philipp Keller (Hautklinik Freiburg): **Beitrag zu den Beziehungen von Asthma und Ekzem.** A. f. D. Bd. 148, S. 82.

Die *Storm*sche Reaktion auf Menschenhautschuppenextrakt wurde bei Hautgesunden in 10%, beim Gesamtprüfungsmaterial einschließlich Hautkranker in 14,7% positiv gefunden, in 100% positiv jedoch bei dem

Digitized by Google

Erkrankungskomplex, den *Rost* als „spätexsudatives Ekzematoid" bezeichnet und der hier nochmals beschrieben und umgrenzt wird. Untersuchungen mit anderen Allergenen (Tierschuppen, Nahrungsmittel) zeigten bei dem daran Erkrankten stets Überempfindlichkeit gegen mehrere Extrakte. Inkretorische Vorgänge und klimatische Einflüsse können Veränderungen in der allergischen Diathese irgendwie veranlassen. Koinzidenz dieser Erkrankung mit Asthma ist trotz der Ähnlichkeit in den allergischen Erscheinungen selten. Doch wird *Sabourauds* „Prurigoasthma der Erwachsenen" in ihren Komplex einbezogen, trotzdem im Gegensatze zu *Sabouraud* im untersuchten Material häufiges Vorkommen exsudativer oder neurogener Dermatosen schon im Kindesalter sich anamnestisch fand. Bei Kindern mit exsudativem Ekzematoid zeigte sich nie eine ausgesprochene Stormreaktion. Da die Haut von Säuglingen und jüngeren Kindern aber überhaupt auch gegen andere Prüfungen geringe Reaktionsfähigkeit besitzt, läßt sich aus der negativen Stormempfindlichkeit der Kinder keine Entscheidung treffen, ob das spätexsudative Ekzematoid eine Späterscheinung der exsudativen Diathese ist. Da bei negativer Stormreaktion gesunder Erwachsener meistens auch andere Extrakte keine Reaktion auslösen, genügt diese Probe oft schon für die Untersuchung auf allergische Diathese. *Sinn*-Aachen.

H. Haxthausen (Kopenhagen): **Ein Fall von Hydroa ästivale ähnelndem Lichtausschlag bei einem Patienten mit Hämatoporphyrinurie, hervorgerufen durch Luminal.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 25. 1927.

Als Ursache für die Hydroa ästivale wird das Vorhandensein von Hämatoporphyrin angesehen. Es gibt aber Medikamente (Sulfonal, Veronal, Luminal), die eine Hämatoporphyrinurie erzeugen, ohne daß bisher in solchen Fällen eine Überempfindlichkeit der Haut häufiger beobachtet worden wäre. Bei einem Epileptiker, der lange Zeit mit Luminal behandelt worden war, kommt es nach kürzerem Aufenthalt in der Sonne zu einem bullösen Ausschlag auf den Handrücken und im Gesicht. Nach einigen Tagen trockneten die Blasen zu Schorf ein und die dazwischen gelegene Haut zeigte eine starke Hyperpigmentation; ebenfalls kommt es zu verstärktem Wachstum der Lanugohärchen. Nach Aussetzen der Luminaltherapie und Vermeidung von intensivem Sonnenlicht heilt der Ausschlag wieder ab. Der Fall ist als Lichtausschlag vom Typus Hydroa ästivale aufzufassen, bei dem durch eine toxische Hämatoporphyrinurie eine Sensibilisierung der Haut eingetreten war. *Krüger*-Sagan.

A. S. Jackson: **Toxic Reaction from phenobarbital. (Luminalexanthem.)** Madison. Journ. Americ. Med. Ass. 1927. Nr. 9.

In sechs Fällen konnte Verf. ein mit Juckreiz, Fieber und Schwächegefühl verbundenes Exanthem nach Luminalgebrauch beobachten. Fünf von diesen erhielten das Präparat als Sedativum bei Schilddrüsenerkrankungen. Im sechsten Falle handelte es sich um eine Lues II. Die Tagesdosis betrug 0,1 g. Nach Absetzen des Medikaments erfolgte bei allen Patienten rasche Abheilung. Das Exanthem war masernähnlich, in einem Falle glich es mehr einer Pityriasis rosea. *Röntz*-Bonn.

Digitized by Google

Buchbesprechungen.

M. Oppenheim: *Praktikum der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Studierende und Ärzte.* 5., verm. und verb. Auflage. Wien 1927. Fr. Deuticke. Preis 12.— *RM*, geb. 14.— *RM*.

Das 284 Seiten und 55 Textabbildungen umfassende Büchlein, das vor 3 Jahren in unveränderter 4. Auflage erschien, liegt nun in der 5. Auflage durchgearbeitet und verbessert vor. Entsprechend dem Zweck des Werkes, einen kurzen Leitfaden für den Studierenden abzugeben, wurden die durch den Fortschritt der Wissenschaft notwendig gewordenen Ergänzungen möglichst kurz gehalten. Außer der Physiologie der Haut betreffen sie vor allem die Lichttherapie und die Lehre von der Tuberkulose und Syphilis; bei letzterer sind auch Liquordiagnostik und die neuen Fortschritte auf dem Gebiet der Therapie (Malaria, Spirozid usw.) berücksichtigt. Wie bei den Geschlechtskrankheiten ist auch bei den Hautkrankheiten auf knappe, klare, klinische Schilderung und Darstellung der geeignetsten Behandlung der Hauptwert gelegt; auch einige histologische Bilder ergänzen in vorteilhafter Weise die Beschreibung und erleichtern das Verständnis. Das flott geschriebene Buch wird auch in seiner neuen Auflage Studierenden und Ärzten die Einführung in unsere Fachwissenschaft erleichtern und neue Freunde finden. *E. H.*

S. Jessner: *Juckende Hautleiden* (Urtikaria, Prurigo, Skabies, Lichen ruber usw.). Leipzig 1926. Curt Kabitzsch.

Von den bekannten Jeßnerschen dermatologischen Vorträgen für Praktiker ist Heft 3/4 in fünfter Auflage erschienen. In dem übersichtlich geschriebenen Büchlein gibt der Verfasser einen kurzen und doch ausreichenden Überblick über die inneren und äußeren Ursachen bei Hautjucken. In Anpassung an die Fortschritte in der dermatologischen Wissenschaft werden auch die neuesten ätiologischen Forschungen über Idiosynkrasie und Überempfindlichkeit berücksichtigt und gewürdigt. Der Besprechung der allgemeinen Therapie des Hautjuckens folgt eine spezielle Betrachtung Jucken bringender Leiden, wie Pruritus, Prurigo Hebrae, Urtikaria u. a., wobei auch äußere parasitäre Leiden, wie Skabies und Pedikulosis nicht vergessen sind. Zahlreiche gute und bewährte Rezeptformeln sind beigefügt. Dem Praktiker, für den das Werk geschrieben ist, ist damit ein Leitfaden in die Hand gegeben, der es ihm ermöglicht, sich über das Wissenswerte auf dem behandelten Gebiet aufs beste zu orientieren. Das Büchlein reiht sich würdig den anderen „Dermatologischen Vorträgen für Praktiker" an und verdient daher weite Verbreitung. *Strempel* (Bonn).

H. Haustein: *Zur sexuellen Hygiene in Sowjet-Rußland* (Abhandl. a. d. Gebiete der Sexualforschung, V, 1). Bonn 1926. A. Marcus und E. Weber.

Nach kurzen geschichtlichen Vorbemerkungen gibt Verfasser einen Überblick über die Einrichtungen, die die Sowjetregierung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten schon getroffen hat, und die teilweise für das platte Land noch im Ausbau begriffen sind. Neben der Gliederung in Zentralstelle und Dispensaires (Beratungs- und Behandlungsstellen) sind Aufklärungsarbeit, sexuelle Erziehung, Bekämpfung der Prostitution, Anfänge einer zwangsmäßigen Untersuchung vor der Ehe, künstliche Schwangerschaftsunterbrechung und das neue Ehegesetz berücksichtigt. Das Heft verdient weiteste Verbreitung und ist besonders allen denen, die sich mit der Frage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten beschäftigen, sehr zu empfehlen. *Wieler* (Bonn).

Digitized by Google

Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Marine-Sanitätswesens. Heft 13: *H. Ruge, Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in der deutschen Marine* mit besonderer Berücksichtigung der Jahre 1920—1925. Berlin 1927. E. S. Mittler & Sohn.

Bei der Kriegsmarine war in früheren Jahrzehnten der Zugang an Geschlechtskrankheiten besonders bei manchen außereuropäischen Stationen verhältnismäßig hoch. $^{6}/_{10}$ aller Zugänge hatten Tripper, $^{3}/_{10}$ weichen Schanker und $^{1}/_{10}$ Syphilis. Durch die Einführung der Prophylaxe 1902/03 wurde zuerst die Zahl der Schankerfälle zurückgedrängt, so daß relativ mehr Syphilisfälle zur Beobachtung kamen. Bis zum Kriege betrugen die Neuerkrankungen an Tripper 30‰, an weichem Schanker 6,9‰ und an Syphilis 8,33‰, insgesamt ergaben sich 45,2‰ an neuen Erkrankungen und 69,4‰ an Gesamterkrankungen. Während des Krieges lagen die Zahlen für die Gesamterkrankungen zwischen 44 und 49‰. Nach dem Kriege zeigte das Jahr 1922 mit 133,35‰ die höchsten Gesamtzugänge. 1923 finden wir den größten Zugang an Neuerkrankungen, nämlich 103,71‰. In diesem Jahre finden wir auch zugleich eine Höchstzahl von Syphiliserkrankungen. 1925 sank die Zahl der Gesamterkrankungen auf 67,33‰ und die der Neuerkrankungen auf 51,78‰, so daß der Vorkriegsstand ungefähr erreicht ist. Seitdem 1924 die Schutzbehandlung wieder eingeführt wurde, läßt sich ein starker Rückgang der Geschlechtskrankheiten erkennen. Auf die hohen Kosten, die dem Staat für jeden einzelnen Fall von Geschlechtskrankheiten erwachsen, und auf die deshalb jetzt wieder scharf durchgeführten prophylaktischen Maßnahmen wird besonders hingewiesen. Die Broschüre ist mit zahlreichen sehr eingehenden statistischen Tabellen ausgestattet, die auch die Zahl der Geschlechtskrankheiten in den größten deutschen Binnenstädten berücksichtigt.

Memmesheimer (Bonn).

Paul Krause und **Carl Garrè:** *Therapie innerer Krankheiten. II. Band. Spezielle Therapie innerer Krankheiten.* 2., neu bearbeitete Auflage. Jena 1927. G. Fischer. Preis 25.— *RM*, geb. 27.— *RM*.

Das groß angelegte Werk, das über einen Stab trefflicher Mitarbeiter verfügt, ist auf Wunsch von Besitzern der 1. Auflage weitgehend umgearbeitet in 2. Auflage erschienen und gibt in einzelnen Abschnitten eine kurze, aber gründliche Darstellung des großen Gebietes. Im ersten Abschnitt schildert *P. Krause* die Behandlung der Infektions- und Invasionskrankheiten, darunter auch Syphilis und Gonorrhöe, Malleus, Aktinomykose und andere den Dermatologen interessierende Leiden. Der zweite Abschnitt ist exotischen und Tropenkrankheiten gewidmet und ebenso wie der fünfte über Erkrankungen des Blutes und der sechste über Avitaminosen und andere Ernährungsschäden von *Krause* neu bearbeitet. Im dritten und vierten Abschnitt schildert *Winternitz* die Therapie der Vergiftungen, darunter auch die den Dermatologen interessierenden Metallvergiftungen, und *v. Noorden* die Behandlung der Stoffwechselkrankheiten. Die Therapie der Nervenkrankheiten im siebenten Abschnitt haben *Veraguth* und *Tilmann*, die der Herz- und Gefäßerkrankungen *Lommel* übernommen. Weitere Kapitel betreffen die Behandlung der Krankheiten der Luftwege (*Krause* und *Garrè*), der Magen- und Darmleiden sowie der Erkrankungen des Bauchfelles (*Matthes* und *Garrè*), ferner der Nieren- und Harnleiden (*C. Hirsch*), der Erkrankungen der Leber und Gallenwege sowie des Pankreas (*Schittenhelm* und *Anschütz*), endlich der Erkrankungen der endokrinen Drüsen (*Krause* und *Garrè*) und der Krankheiten der Bewegungsorgane (*Winternitz* und *Nußbaum*). Zum Schluß

Digitized by Google

ist eine Rezeptsammlung (*Krause* und *Paetzel*), ein Namensverzeichnis mit bibliographischen Bemerkungen und ein ausführliches Sachverzeichnis angefügt. Das 802 Seiten und 27 teils farbige Abbildungen umfassende Sammelwerk gibt also eine sehr vollständige Übersicht über die Behandlung aller wichtigen Erkrankungen von erfahrenster Seite und in sehr übersichtlicher Form der Darstellung; in seiner guten Ausstattung stellt es ein Werk der deutschen Wissenschaft dar, das nicht nur im Inland, sondern auch im Ausland viel benutzt werden wird. Seinem Zwecke, kritisches Denken auf dem Gebiet der Therapie zu fördern und zu weiterer Forschung anzuregen, wird es in dieser neuen Form sicherlich noch besser dienen als in der 1. Auflage, die auch in russischer und spanischer Ausgabe und auszugsweise auch in französischer Sprache erschienen ist. Die Herausgeber des so gründlich und weitschauend angelegten Buches sowie dem trefflichen Verlag kann man zu diesem Erfolg herzlich beglückwünschen; auch dem Dermatologen kann es ein wertvoller Ratgeber sein. *E. H.*

Theod. B. Photinos: *La Dermatite linéaire rampante (Creeping disease, larva-migrans etc.) ou Maladie de Robert Lee.* Paris 1927. Mit einem Vorwort von Prof. *Sabouraud.*

Diese 247 Seiten und 35 Textfiguren enthaltende Monographie gibt eine sehr genaue Beschreibung aller bekannten Fälle von Larva migrans, und fügt einen in Athen an der Klinik von Professor *G. Photinos*, dem Onkel des Verfassers, beobachteten Fall hinzu, der sehr genau beschrieben wird. Außer Gastrophilos- und Hypoderma-Larven kommen in anderen Ländern auch andere Larven ätiologisch in Betracht, so Gnathostomum siamense u. a. und Echinorhynchus sphaerocephalus. Neben diesen Erregern werden in Wort und Bild die pathologische Anatomie, Diagnose, Prognose und Therapie sehr eingehend abgehandelt. Auch geschichtliche Bemerkungen und ein sehr ausführliches Literaturverzeichnis vervollständigen das fleißige Werk, dessen hohen wissenschaftlichen Wert *Sabouraud* selbst in einem Vorwort hervorhebt; ja, er nennt diese Monographie eine klare, scharfe und methodische Studie, die alles darüber Bekannte zusammenfaßt und einen sehr genau durchbeobachteten und eingehend untersuchten eigenen Fall bringt, und meint, daß niemand, der sich künftig mit dieser Frage befaßt, dieses Werk entbehren kann. Dieser Auffassung kann sich Referent völlig anschließen und das Buch jedem Interessenten warm empfehlen. *E. H.*

Personalien und Tagesnachrichten.

Prof. *Rille* hat am 10. November 1927 sein 25jähriges Jubiläum als Direktor der Universitäts-Hautklinik in Leipzig feiern können.

Hofrat Prof. Dr. *Finger* in Wien, der vor kurzem in den Ruhestand trat, wurde das große Ehrenzeichen für Verdienste der Republik Österreich verliehen.

Hofrat Prof. *Julius Wagner von Jauregg*, Vorstand der psychiatrischen Klinik in Wien, Begründer der Malariatherapie der Paralyse, erhielt den *Nobelpreis* für Medizin für 1927, zugleich wurde er zum Mitglied der Akademie der Wissenschaften in Stockholm gewählt.

Prof. *Joh. Fibiger* in Kopenhagen erhielt für seine Krebsforschungen den *Nobelpreis* für Physiologie und Medizin für 1926.

Digitized by Google

Dr. *Erich Langer*, Oberarzt an der Buschkeschen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses, ist zum leitenden Arzt der neu eingerichteten Geschlechtskrankenabteilung im Krankenhaus Neukölln-Zeitz ernannt worden. Zugleich übernimmt er die Beratungs- und Behandlungsstelle für Geschlechtskranke in Neukölln.

Henry James Nichols, Direktor des bakteriologisch-pathologischen Laboratoriums der Army Medical School, ist in Washington gestorben; um die Pellagraforschung und die Einführung des Salvarsans in Amerika sowie die Luesforschung hat er sich besonders verdient gemacht.

Vor dem Bonner Dermatologenkongreß ist zwischen Herrn Prof. Dr. *Mendes da Costa* (Amsterdam) und dem Herausgeber dieser Zeitschrift vereinbart worden, eine nähere Verständigung der holländischen und westdeutschen Dermatologen herbeizuführen. Der schöne Verlauf des Bonner Kongresses, der ja auch aus Holland gut besucht war, ließ diesen Gedanken festere Wurzel fassen und engere freundschaftliche Beziehungen erwünscht erscheinen. So hat in Verfolg der Anregung der oben Genannten sich die *holländische dermatologische Gesellschaft* nun dafür ausgesprochen, daß sie mit der *rheinisch-westfälischen Dermatologen-Vereinigung* einmal im Jahr abwechselnd in einer holländischen oder deutschen Universitätsstadt oder einem sonst geeigneten Ort eine ihrer Tagungen abhalten will. Auch der Vorstand der rheinisch-westfälischen Dermatologen-Vereinigung hat diesen Gedanken freudig begrüßt, und es ist daher zu erwarten, daß die angestrebte nähere Bekanntschaft der Dermatologen der beiden benachbarten und in ihrer Kultur so verwandten Länder nun zum Besten der Wissenschaft und näherer kollegialer Beziehungen bald zustande kommen wird.

Anläßlich des Todes des *Ministerialdirektors Prof. Dr. Kirchner* ist seiner Verdienste um die Wissenschaft und um die Bekämpfung der Haut- und Geschlechtskrankheiten in Bd 46, S. 61/62 (1926), kurz gedacht worden. Da in dem kurzen Bericht im letzten Heft über die 25-Jahrfeier der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten sein Name mit Rücksicht auf den Raummangel nicht erwähnt worden ist, möchten wir unsere Leser hier daran erinnern, daß er neben *Neißer, Lesser* und *Blaschko* zu den Mitbegründern der genannten Gesellschaft gehörte und sich auch als langjähriges Vorstandsmitglied die allergrößten Verdienste um ihre Förderung erworben hat. Gerade *er* war es, bei dem *Blaschko* auch nach *Neißers* Tod immer größtes Verständnis und hohe Wertschätzung fand. *Kirchner* kommt daher zweifellos das Verdienst zu, in der früher unangreifbar erscheinenden und überaus schwierigen Frage der Prostitutionsbekämpfung seitens der Regierung die Initiative ergriffen zu haben. Gewiß sind seine Verdienste in dieser Frage nicht vergessen worden, aber da er in der schlimmsten Nachkriegszeit ein Opfer politischer Umtriebe geworden und verbittert von seinem Amt zurückgetreten ist, halten wir es auch hier für unsere Pflicht, auf seine außerordentlich wichtigen und verdienstvollen Leistungen nicht nur auf dem Gebiet der Tuberkulose-(Lupus-) und Leprabekämpfung, sondern auch auf dem Gebiet der Geschlechtskrankheiten und der Prostitution anläßlich der Jubelfeier der D.G.B.G. nachdrücklichst hinzuweisen.

Digitized by Google

Sachregister.

Die fett gedruckten Zahlen bezeichnen Originalartikel.
Bsp. = Buchbesprechung. P. = Personalien.

A.

Achorion gypseum. 55.
— Favus corporis durch. **331.**
Achorionpilze in Ungarn. 73.
Adenome der Gaumenschleimhaut. 371.
Afenil, endolumbale Anwendung des. 280.
After, gummöse Erkrankungen des. 395.
Akanthosis nigricans. 356.
Akne. 454.
— Beziehungen der Tuberkulose zur A. vulgaris und conglobata. 264.
Akne conglobata, Beziehungen der Perifolliculitis capitis abscedens zur. **91.**
Akne rosacea, Behandlung der. 273.
Akromegalie. 54.
Albert 102, Erfahrungen mit. 276.
Allergie, Begriff der und allerg. Hautkrankheiten. 424.
— örtlich-entzündliche Reaktionsform als Ausdruck allerg. Zustände. 385.
— tuberkulöse. 389.
Allergiefreie Kammer. 272.
Alopezia areata. 218, 229.
Alopezie, totale. 133.
— traumatische. 360.
— Thallium-A. 256.
Amalgame, Gefährlichkeit der. 275.
Angiom, ulzeröses des Gesichts. 240.
Angioma cavernosum. 372.
Angioneurotische exsudative Diathese. 452.
Angioneurotische Störungen des endokrinen Systems bei Syphilis. 398.
Antimonbehandlung der Leishmaniosis. 309.
Aorta, Spontanruptur der bei Stenosis des Isthmus aortae. 397.
Apfelsinenschälen, Fingerdermatitis nach. 59.
Appendix testis, System der. 297.
Argyrie. 359.
Arnethsche Blutformel bei Syphilis. 279.
Arsen, Pigmentierung und Keratodermie durch. 311.
Arsenkeratose. 132.
— und Lichen ruber. 229.
Arsenobenzole, Verhalten des Blutserums bei Anwesenheit von. 279.
Arthritis gonorrhoica, phlegmonöse. 52.
Arthritis syphilitica. 216, 218.
Arthropathien nach Salvarsan. 281.
Asthma und Ekzem. 61, 461.
Atmung der Haut. 383.
Atophanyl. 315.
Augenerkrankung, metastatische bei Gonorrhöe. 288.
Augenhöhle, gummöse Affektion der. 437.
Augensalben. 314.
Ausscheidungsdermatosen. 134, 386.
Autovakzine bei Gonorrhöe. 291.

B.

Bäckerekzem. 459.
Baranyscher Zeigeversuch, Bedeutung des für die Diagnose und Prognose der frühsyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. **17.**
Basedowsche Krankheit und Koilonychie. 56
Berlocquesche Dermatitis. 265, 346.
Blastomykose der Haut. 72.
Blei, kolloidales als Krebsmittel. 313.
Bleielektroden bei Iontophorese. 316.
Blut, Schwefelgehalt des bei Dermatosen. 240.
Blutbild bei Syphilis. 136, 137.
Blutgerinnung bei Syphilitikern nach Neosalvarsaninjektionen. 76.
Blutgruppenuntersuchungen bei Hautkrankheiten. 257.
Blutserum, Verhalten des bei Anwesenheit von Arsenobenzolen. 279.
Blutstillung, Mechanismus der. 387.
Bowensche Krankheit. 445.
— präkanzeröse. 239.
Bromexantheme, Behandlung der mit intravenösen Kochsalzinjektionen. 310.
Bromnatriuminjektionen bei Dermatosen. 302, 304, 314.
Bromoderma vegetans. 240.
Brustdrüse, Syphilis der. 437.
Brustwarze, vasokonstriktorische Neurose der weiblichen. 452. 453.

Digitized by Google

Bubonen, Röntgenbestrahlung der. 380.
Bullöse Hauterkrankung in Strandbädern. 345.

C.

Chiblain der Beine. 365, 366.
Chloressigsäuren. 315.
Chlorkalzium zur Unschädlichmachung des Salvarsans. 282.
Chlorzinkverätzung der Blase. 230.
Cholesterinämie bei Psoriasis. 456.
Cholesteringehalt des Blutes. 388.
Cholesterinstoffwechsel und Haarwuchs. 383.
Chondritis syphilitica. 231.
Cignolin. 316.
Cornu cutaneum bei Kankroid des Gesichts. 228.
Creeping disease. 465 (Bsp.).
Cutis hyperelastica. 228.
Cutis verticis gyrata. 362.

D.

Dampfkauterisation. 366.
Dermatite linéaire rampante. 465 (Bsp.).
Dermatitis, chronisch rezidivierende. 370.
Dermatitis artificialis. 59, 132.
Dermatitis exfoliativa universalis. 58.
— Behandlung der mit Rivanol. 304.
Dermatitis herpetiformis. 234.
— Behandlung der mit Neosalvarsan. 304.
Dermatographie. 255.
Dermatomykosen, Immunisationserscheinungen bei. 73.
Dermatomyositis. 53, 445.
Dermatostomatitis. 445.
Dermographismus. 388, 452.
Diathermie. 320 (Bsp.), 378.
— bei Gonorrhöe. 292.
Dickdarm, gummöse Erkrankungen des unteren. 395.
Diphtheriebazillen, neue Farblösung für. 389.
Druckfreie Verbände der unteren Extremitäten. 273.
Dyshidrosis, Rolle der Salizylsäure bei der Provokation dysh. Prozesse. 60.
Dystrophia unguium mediana canaliformis. 416.
Dystrophien, lokalisierte bei kongenitaler Syphilis. 439.

E.

Eineiigkeit, Ephelidenuntersuchungen zur Diagnose der. 386.
Ectopia vesicae. 358.
Ekzebrol. 314.
Ekzem. 60, 459, 460, 461.
— und Asthma. 61.
— Behandlung des. 301 ff.
— Röntgenbehandlung des. 71.
Ekzema seborrhoicum, Leucoderma unius lateris nach. 233, 234.
Elastika, geschwulstähnliche Bildung der. 271.
Elastometrische Messungen nach Applikation quellungsfördernder und -hemmender Lösungen. 259.
Elektrische Strommarke, die Formation der. 58.
Elektrolytwirkuug und Überempfindlichkeit 385.
Endokrine Störungen bei hereditärer Syphilis. 438.
Endokrines System, angioneurotische Störungen des 398.
Endolumbalbehandlung. 280.
Endothelschädigung bei Toxidermie. 256.
Entgittung, Behandlung von Hautkrankheiten durch. 301.
Ephelidenuntersuchungen zur Diagnose der Eineiigkeit. 386.
Epidermolysis bellosa traumatica hereditaria dystrophica, gleichzeitiges Vorkommen von Recklinghausenscher Krankheit und in einer Familie. **401.**
— Behandlung der. 311.
Epidermophytonpilze in Ungarn. 73.
Epididymitis non gonorrhoica. 286.
— purulenta durch Kolibazillen. 298.
— simplex in Pseudohermaphroditismo masculino. 298.
— syphilitica. 394.
Epitheliale Tumoren. 133.
Epitheliome, multiple des behaarten Kopfes. 125.
— E. adenoides cysticum. 369.
— auf Sklerodermie. 361, 363.
Epilation durch Thalliumazetat bei Haarpilzkrankheiten. 305, 306, 309.
Erysipel, Staphylokokken-E. 448.
— Behandlung des mit Erysyptin. 311.
Erysipeloid, Gelenkveränderungen nach. 50.
Erysiptin. 311.
Erythem, persistierendes mit Ischämie des Fußes. 370.
— nach Veronal. 240.
Erythema exsudativum multiforme. 231, 446.
Erythema induratum. 229, 231, 237, 365, 366, 367.
Erythema nodosum. 231, 362, 446.
Erythema scarlatinoforme. 371.
Erythraemien. 442.
Erythrocyanosis symmetrica cutis. 229.
Erythrodermia exfoliativa universalis leucaemica. 71.

Digitized by Google

Erythrodermie, lymphoblastische. 363.
Erythromelalgie. 373.
Erythromelie. 398.
Esophylaxie. 77 (Bsp.).
Essigsäureverätzung, gewerbliche. 208.
Ester-Dermasan gegen Fluor. 290.
Exanthema subitum. 447.
Exsudative Diathese, angioneurotische. 452.
— Behandlung der Hauterscheinungen bei. 302.
— allergiefreie Kammer bei. 272.
Extragenitaler Primäraffekt. 126.

F.

Favus corporis durch Achorion gypseum. 331.
Fieberwirkung bei experimenteller Syphilis. 253.
Finsenbehandlung, neue Lampenkonstruktion für lokale. 249.
Flockungsreaktion bei Schwangeren. 239.
Fluor albus, Behandlung des. 289, 290, 291.
Folliculitis abscedens et suffodiens. 352.
Folliculitis decalvans. 352.
Follikulin. 350.
Forßmannsches Antigen, Beziehungen der Haut zum. 260.
Fox-Fordycesche Krankheit. 61, 112, 129, 458, 459.
— und Neurodermitis. 108.
Framboesia tropica, Bekämpfung der mit Salvarsan. 276, 308.
Fremdkörperriesenzellengranulome, multiple mit Lipombildung. 131.
Frostschäden, Kalkeinlagerungen im Gewebe nach. 268.
Furunkulose, Ichthyol in der Behandlung der. 310.

G.

Gangrän des Fußes unter dem Bilde eines „eingewachsenen Nagels". 449.
— des Skrotum und Penis. 449.
— Ätiologie der nach intramuskulären Injektionen bei Syphilis. 276.
Gastrische Krisen. 277.
Gaumenbetrachtung, diagnostischer Wert der. 440.
Gebärmutterhals, Leistendrüsenschwellungen bei Erkrankungen des. 236.
Gefäße, Röntgenwirkung auf. 247.
Gefäßerkrankungen, spezifische. 397.
Gefäßnävi, systematisierte. 198.
Gelenkerkrankungen in der Dermatologie. 219.
Gelenkveränderungen nach Erysipeloid. 50.
— bei Psoriasis. 456.
Geschlechtskrankheiten, Bsp.: 153, 154, 156, 157, 317, 318, 463, 464.
— Rückgang der in historischer und kritisch-statistischer Beleuchtung. 225.
Geschlechtsleben der Frau. 392.
Geschwülste, Biologie bösartiger. 389.
— Genese benigner epithelialer der Haut. 389.
Gesichtsspannung, kosmetische. 273.
Gewebeexplantationsmethode zur Erforschung der biologischen Wirkung der Röntgenstrahlen. 129.
Gewerbeekzeme. 461.
Gingivitis, Prophylaxe und Behandlung der. 308.
Glomerulonephritis acuta bei Impetigo contagiosa. 447.
Glossitis migrans. 360.
Glykämie bei Psoriasis. 456.
Glykolyse der Haut. 383.
Gold, Einfluß des auf die experimentelle Hauttuberkulose. 311.
Goldsol. 146.
Gonokokken, Biologie der. 287.
— Resistenz der bei Temperaturen über 37° C. 285.
Gonomors. 293.
Gonorrhöe 284 ff.
— phlegmonöse Arthritis gon. 52.
— hyperkeratotisches gon. Exanthem. 211, 213, 350.
— Therapie der 289 ff.
Gonotestreaktion. 286.
Granugenpaste. 308.
Granulome, tuberkulöse. 131.
— ulzerierendes. 361.
— der Oberlippe. 127.
Granuloma annulare. 190, 238.
— senile. 261.
Granulosis rubra nasi. 229, 233, 234.
Grenzstrahlen. 245 ff., 381.
Gummata an der Stelle von Wismutinjektionen. 51.
Gynäkologie und innere Sekretion. 319 (Bsp.).

H.

Haare, Fluoreszenz der von Pilzerkrankungen ergriffenen im Ultraviolettlicht. 372.
Haarelektrolyse, tuberkulöse Ansteckung nach. 360.
Haarfarbe und Hautfarbe. 259.
Haarpilzkrankheiten, Epilation bei mittels Thallium. 305, 306, 369.
Haarwuchs und Cholesterinstoffwechsel. 383.
Hämatoporphyrinurie nach Luminal. 462.

Digitized by Google

Hämophilie, trypanozide Serumsubstanzen bei. 387.
Hämorrhoiden, operationslose Behandlung der. 307.
Harnblase, Erkrankungen der. 296.
— Chlorzinkverätzung der. 230.
— Syphilis der. 437.
Harnretention, Ursachen chronischer. 230.
Harnröhrendivertikel, angeborene. 299.
Harnröhrenstrikturen, Ätiologie der. 287.
Harnsaure Salze, Ausscheidung der durch die Schweißdrüsen. 390.
Harzkolloidreaktionen, bikolorierte des Liquor. 81.
Haut, die nach innen gerichtete Schutz- und Heilwirkung der. 77 (Bsp.).
— biologische Einwirkung von der Haut auf den gesunden und tuberkulösen Organismus. 78 (Bsp.).
— Chemie der alten und kranken. 257.
Hautatrophie. 217, 234, 235.
Hautdrüsensekrete, Bedeutung abnormer. 386.
Hautempfindlichkeit, Änderung der gegenüber Kantharidenpflaster nach Röntgenbestrahlung. 245.
Hautfarbe und Haarfarbe. 259.
Hautverfärbung durch Kölnisches Wasser, Meerbäder und Sonnenbäder. 265.
Hautgangrän nach Kohlenoxydvergiftung. 59.
Hautimpfungen bei Masern. 384.
Hautinfektionen, experimentelle und retikutoendotheliales System. 256.
Hautkrankheiten. Bsp.: 153, 154, 156, 317, 318, 463.
Hautreaktion bei weichem Schanker. 394.
Hauttumoren, Genese benigner epithelialer. 389.
Hefe als Ursache einer Nagelerkrankung. 213, 214.
Herdinfektion und elektive Lokalisation. 383.
Herpes zoster. 231, 237, 270.
— nach Lumbalpunktion. 146.
— nach Röntgenbestrahlung. 380.
Herz, Ergebnisse der Herzsektionen bei Paralytikern und Tabikern. 76.
Herzsyphilis. 397.
Hidradenome 239.
Hochfrequenztherapie. 320 (Bsp).
Hodengeschwülste. 297.
Hormokutane Salbenbehandlung der Rachitis. 306.
Hydroa aestivale, ein der H. a. ähnelnder Lichtausschlag mit Hämatoporphyrinurie nach Luminal. 462.
Hydroa vacciniforme. 266, 267.
Hydrozele, inkarzerierte des Sonnenstranges. 297.
Hypercholesterinämie. 387, 388.
Hyperkeratose und Nagelerkrankung. 349.
Hyperkeratotisches gonorrhöisches Exanthem. 211, 213, 350.
Hypertrichosis, Behandlung der mit dem Elektrokauter. 317.

I.

Ichthyol in der Furunkulosebehandlung. 310.
Ichthyolinjektionen, intramuskuläre. 314.
Ikterus, Salvarsan-Spät-I. 282.
Impetigo bullosa, epidemisches Auftreten von. 447.
Impetigo contagiosa, kombiniert mit Glomerulonephritis acuta. 447.
Impetigo herpetiformis. 340, 350.
Impotenz, Behandlung der. 299.
Influenzabazillen und Gonokokken bei Pyelitis. 285.
Innere Krankheiten, Therapie der. 464 (Bsp.).
Innere Sekretion und Gynäkologie. 319 (Bsp.).
Insulinbehandlung bei Psoriasis. 456.
Intramuskuläre Injektionen, Ätiologie der Gangrän nach bei Syphilis. 276.
Intrauterintod, Ätiologie des. 391.
Iontophorese, Bleielektroden bei. 316.
Ischämie des Fußes bei persistierendem Erythem. 370.

J.

Jodisan 152.

K.

Kadmiumpräparate, Behandlung der Malaria mit. 152.
Kali chloricum bei Gingivitis und Stomatitis. 308.
Kalkeinlagerungen im Gewebe nach Frostschäden. 268.
Kalzium, Behandlung des Ekzems mit. 302.
Kankroid des Gesichts mit Hauthorn. 228.
Kantharidenpflaster, Änderung der Hautempfindlichkeit gegen nach Röntgenbestrahlung. 245.
Kavernom. 51.
Keloidbildung bei tertiärer Syphilis. 131.
Keratodermie, blennorrhagische. 289.
— durch Arsen. 311.
Keratosis pilaris. 374.
Kerion microsporicum. 73.

Digitized by Google

Klimakterium, Syphilis und vorzeitiges. 438.
Knochenerkrankungen in der Dermatologie. 219.
Knochenveränderungen bei Lupus pernio. 264.
— bei Psoriasis. 456.
— bei kongenitaler Syphilis. 439.
Kochsalzinjektionen, intravenöse bei Hautkrankheiten. 302, 304.
— bei Sklerodermie und bei Bromexanthemen. 310.
Kodeinexantheme. 59.
Kohlenoxydvergiftung, Hautgangrän nach. 59.
Kohlepigmentierung als Unfallfolge. 125.
Koilonychie und Basedow. 56.
Kolibazillen als Ursache der Urethritis und Epididymitis purulenta. 298.
Kölnisches Wasser, Hautverfärbung durch. 265.
Komedonen in Gruppen. 374.
Komedonenentfernung. 273.
Komplementbindungsreaktion bei Lupus erythematodes. 67.
Konjunktivalinjektion als Symptom der Salvarsanintoleranz. 282.
Konstitutionstypen in der Dermatologie. 258.
Krampfaderverödung. **41.**
Krebs, Morphologie und Pathologie der Hautkrebse. 262.
— disseminierte Hautkarzinomatosis. 444.
— am Mundwinkel und Syphilis. 211.
— des Rückens. 229.
— au einem Lupus erythematodes. 68, **161.**
— kolloidales Blei gegen. 313.
— Wert von Zeitungsartikeln bei der Bekämpfung der Krebsleiden. 300.
Krysolgan, bei Lupus erythematodes. 51, 365, 372.
Kupfersulfatlösung, alkoholische. 238.
Kurmaß und Liquor. **321.**

L.

Lama, Versuche, das L. mit Syphilis zu infizieren. **1.**
Larva migrans. 465 (Bsp.).
Leber, Einfluß des Salvarsans auf die. 283.
Lebersyphilis. 396.
Leicheninfektion mit Syphilis. **167.**
Leiomyome. 132, 364.
Leishmaniosis. 234, 360.
— Hautreaktion bei. 69.
— Antimonbehandlung der. 309.
Leistendrüsenschwellungen bei Erkrankungen des Gebärmutterhalses. 236.
Lenicet gegen Fluor. 290.
Lepra. 63, 64, 65, 359.
— L. maculo-anaesthetica. 364.
Leukämische Myelose oder Myelosarkomatose. 263.
Leukoderma. 233, 234.
Leukomelanodermie bei syphilitischer Erkrankung des vegetativen Nervensystems. 394.
Leukoplakia buccalis. 395.
— auf präkanzeröser Melanose. 444.
Lichen nitidus. 54, 359, 368.
Lichen obtusus corneus. 458.
Lichen ruber. 228, 232, 457.
— der Blase. 134.
— und Arsenkeratose. 229.
Lichen ruber acuminatus acutus. 457.
Lichen ruber planus. 236, 457.
— netzförmige Melanosis infolge von. 49.
— Behandlung des mit Jodsalzen. 311.
Lichen scrophulosorum. 210.
Lichen spinulosus. 359.
Lichen striatus der Bauchhaut. 261.
Lipoide, das antigene Vermögen der. 143.
— Behandlung der Paralyse mit. 278.
Livedoartige Hauterkrankung. 228.
Lumbalpunktion, ambulatorische. 252.
— Herpes zoster nach. 146.
Luminalexanthem. 462.
Lungentuberkulose bei Lupus vulgaris. 69.
Lupus. 69, 367.
— mit Epitheliom. 362.
— metatypisches Stachelzellenepitheliom auf einer Lupusnarbe. 444.
— Sanocrysin bei. 312.
Lupus diaseminatus. 369.
Lupus erythematodes. 65 ff., 125, 212, 236, 349, 354, 363, 366, 368.
— Krebs auf einem. 68, **161.**
— tödlich verlaufener Fall von. 55.
— mit Krysolgan behandelt. 51, 365, 372.
Lupus hypertrophicus nasi. 230.
Lupus miliaris disseminatus faciei, positiver Bazillennachweis im Tierversuch bei. **202.**
Lupus pernio mit Knochenveränderungen. 264.
— und Sarkoid Boeck. 70.
Lymphangiom. 362.
— tuberkulöses der behaarten Haut. 237.
Lymphdrüsenverimpfung bei experimenteller Syphilis. 249.
Lymphogranulomatosis. 71, 239, 266, 373.

M.

Magenverstimmung, chronische bei Syphilis. 396.

Digitized by Google

Malaria, Behandlung der mit Kadmiumpräparaten. 152.
Malariabehandlung der Paralyse. 277, 278.
— der Frühlues. 319 (Bsp.).
— meningeale Permeabilität während und nach der. 254.
Marienbader Heilquellen und Urologie. 300.
Masern, Hautimpfungen bei. 384.
Meerbäder, Hautverfärbung durch. 265.
Melanodermitis toxica. 132.
Melanokarzinom. 215.
Melanose, Riehlsche. 239.
— netzförmige infolge von Lichen ruber planus 49.
— Leukoplakie auf präkanzeröser der Lippenschleimhaut. 444.
Meldepflicht bei Gewerbeekzemen. 461.
Meningeale Permeabilität während und nach der Malariabehandlung. 254.
Merz als Desinfiziens für Instrumente. 301.
Mikrosporie eines Epithelioms auf Sklerodermie. 363.
— Heilungsvorgang bei der Röntgenbehandlung der. 246.
Mikrosporonpilze in Ungarn. 73.
Milchidiosynkrasie. 230.
Milium colloidale. 370.
Moulagen, Schutzkasten für. 442.
Mundschleimhaut, Affektionen der bei Psoriatikern. 231.
Muzin bei Pemphigus foliaceus. 261.
Myelosarkomatose oder leukämische Myelose. 263.
Mykosis fungoides. 269, 353, 373.
Myome der Haut. 228.

N.

Nabelvenenblut für die Serodiagnostik der Syphilis. 138.
Naevokarzinome, Koagulation durch Diathermie bei. 238.
Naevus. 386.
— blauer. 261.
— systematisierte Gefäßnaevi. 198.
— ungewöhnlicher Typ eines. 364.
— Prädilektionsstellen des. 271.
Nagelerkrankungen, seltene 416.
— und Hyperkeratose. 349.
— Hefe im Eiter bei einer. 212, 214.
Nagelsohle, Bau der. 218.
Naphtha, Schädigungen bei Unglücksfällen unter den Arbeitern mit. 58.
Narbenbildung, unterminierte nach chronischer Eiterung. 336.
Natriumthiosulfat bei Ekzem. 301.
Nebenhoden, Lepra des. 65.
Neosalvarsan, Blutgerinnung bei Syphilitikern nach. 76.
Neosalvarsan bei Dermatitis herpetiformis. 304.
Nephritis, hämorrhagische im Verlaufe der Wismutbehandlung. 240.
Nervus acusticus, Bedeutung klinischer Untersuchungen am für die Diagnose und Prognose frühsyphilitischer Erkrankungen des Zentralnervensystems. 17.
Neurodermitis. 61.
— N. hypertrophicans. 229.
— und Fox-Fordycesche Krankheit. 108.
Neurorezidive. 254.
Nichtvenerische Genitalinfektionen. 449, 450, 451.
Nierenerkrankungen. 295.
Nodositas juxta, articularis. 398.

O.

Ölakne. 239.
Oleom des Gesäßes. 236.
Onycholysis partialis. 229.
Organotrope Gonorrhöebehandlung. 291.
Orientbeule. 448.
Ostitis syphilitica. 231.
Oxychromatische Veränderungen am Zellkern. 382.
Oxyuren und Neurodermitis. 61.

P.

Pagetsche Krankheit. 239, 361.
Paralyse, progressive, Häufigkeit der unter Bühnenkünstlern. 253.
— Malariabehandlung der. 277, 278.
— Behandlung der mit Lipoiden. 278.
— und Schutzpockenimpfung 277.
Paraplegie, syphilitische. 240.
Parapsoriasis. 63, 231, 237, 360, 455.
Partagonstäbchen. 291.
Pediculosis, Behandlung der. 309.
Pellagra. 260.
— Röntgenbehandlung der. 380.
Pelveoperitonitis beim Manne. 287.
Pemphigus. 362.
— chronisch rezidivierende. 370.
— der Schleimhäute. 234.
— Behandlung des. 305.
Pemphigus foliaceus. 235.
— Muzin bei. 261.
Pemphigus neonatorum, Behandlung des mit Rivanol. 304.
Pemphigus vegetans. 125.
Penis, Gangrän des. 449.
— Krebs des. 210.
— Spätsyphilid der Glans penis. 396.
Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens. 94. 352.
— unterminierte Narbenbildung nach 336.
Pernionen, Behandlung der. 309.

Digitized by Google

Perthisal. 313.
Pflanzendermatitis. 59.
Phenolphthalein-Dermatitis. 59.
Phototherapeutische Methodik. 320. (Bsp.)
Pigmentation, ungewöhnliche am Bein. 358, 359.
— durch Arsen. 311.
Pigmentneurolepride. 63.
Pili moniliformes. 130.
Pilzerkrankungen der Haare, Fluoreszenz der Haare im Ultraviolettlicht bei. 372.
Pilzzüchtung auf Organen. 260.
Pityriasis bei Urtikariakranken. 229.
Pityriasis lichenoides chronica. 455.
Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta. 208, 360.
Pityriasis rosea. 238.
— des behaarten Kopfes. 458.
Pityriasis rubra pilaris. 229, 232.
Pleuropulmonale Veränderungen im Sekundärstadium der Syphilis. 394.
Postangestellte, Hautschädigungen bei. 193.
Präputialsteine. 134.
Primäraffekt, verzögerter. 236.
Proktitis. 288.
Prostataabszeß, Abortivbehandlung des akuten. 292.
Prostataadenome, Radiotherapie der. 300.
Prostatahypertrophie. 294.
Protasin. 303.
Proteinkörperinjektionen, Möglichkeit von Schädigungen durch. 303.
Prurigo, Pathogenese der. 61.
— P. adultorum. 362.
Prurigo aestivalis. 230.
Prurigo nodularis. 458.
Pruritus und gynäkologische Erkrankungen. 237.
Pseudohermaphroditismus masculinus, Epidymitis simplex bei. 298.
Psoriasis. 62, 215, 455, 456.
— P. pustulosa. 215.
— Mundschleimhautaffektionen bei. 231.
— Triphalbehandlung der. 309, 310.
— Thymusbestrahlung bei. 382.
Purpura Majoschi. 354.
Pyelitis, Gonokokken und Influenzabazillen bei. 285.
Pyodermia superficialis chronica. 447.
Pyodermitis ulcerosa serpiginosa chronica. 233, 235.
Pyrethane, Hautausschläge nach. 236.
Pyrogallolvergiftung, tödlich verlaufener Fall von. 311.

Q.

Quarzlichtbestrahlung. 320. (Bsp.)
Quecksilberdampf, Gefährlichkeit des. 275.
Quecksilberinhalationsbehandlung der Syphilis. 153.
Quecksilberpräparate, Auswertung und Klassifikation der. 275.
Quellungsfördernde und -hemmende Lösungen, elastometrische Messungen nach Applikation von. 259.

R.

Rachitis und Grenzstrahlen. 246.
— hormokutane Salbenbehandlung der. 306.
Reargon. 293.
Recklinghausensche Krankheit. 133, 228, 346, 352, 359, 372.
— gleichzeitiges Vorkommen von Epidermolysis bullosa traumatica hereditaria dystrophica und in einer Familie. 401.
Recklinghausen-Familie. 132.
Reizkörpertherapie bei Hautkrankheiten. 303.
Reinfectio syphilitica. 210, 393.
Rektalschleimhaut, Erosion der. 288.
Rekurrensinfektion syphilis- und frambösiekranker Kaninchen. 74.
Rekurrensspirochäten und Salvarsan. 277.
Retikuloendotheliales System und experimentelle Hautinfektionen. 256.
Retroplazentarblut für die Serodiagnostik der Syphilis. 138, 140.
Rivanol bei Pemphigus neonatorum und Dermatitis exfoliativa. 304.
Rohparaffinölpaste, Wundbehandlung mit. 308.
Röntgenbehandlung. 380, 381.
— mit überweichen Strahlen. 128.
— des Ekzems. 71.
— des Sympathikus bei Dermatosen. 239.
Röntgenstrahlen, Biologie und Pathologie der Wirkung der. 241 ff.
— Gewebeexplantationsmethode zur Erforschung der biologischen Wirkung der. 129.
Röntgenulzerationen. 346.
Rupia syphilitica. 210.

S.

Salizylsäure, Rolle der bei der Provokation dyshidrotischer Prozesse. 60.

Digitized by Google

Salluen. 151.
Salurheuma. 311.
Salvarsan und Rekurrensspirochäten. 277.
— bei Framboesia tropica. 276, 308.
Salvarsanschädigungen. 50, 53, 233, 235, 281 ff.
— sklerodermieartige. 228.
Samenblase, Punktion bei Empyem der. 299.
Samenstrang, inkarzerierte Hydrozele des. 297.
Sanocrysin bei Lupus vulgaris. 312.
Sarkoid Boeck. 70, 130, 228, 230, 231, 317, 361, 368, 374.
Sarkome, multiple der Haut. 130, 364. 443.
— und Unfall. 442.
Sauerstoffatmung des Gewebes, individuelle Schwankungen der. 382.
Scharlach, Übertragung des. 448.
Scharlach-Antistreptokokkenserum, Eichung von. 316.
Scharlachracheninfektion ohne Exanthem. 447.
Scharlachstreptokokken. 384.
Schleimhautadenome des Gaumens. 371.
Schutzkasten für Moulagen. 442.
Schutzpockenimpfung und Paralyse. 277.
Schwangerschaft, Flockungsreaktion in der. 239.
Schwefelbäder. 313.
Schwefelgehalt des Blutes bei Dermatosen. 240.
Schweiß, analytische Untersuchungen des menschlichen. 259.
Schweißdrüsen, Ausscheidung harnsaurer Salze durch die. 390.
Schweißsekretion. 390.
Schwellungsreaktionen an Tätowierungen. 453, 454.
Senkungsgeschwindigkeit bei experimenteller Kaninchensyphilis. 136.
— in der Urologie. 294.
Sepsis im Gebiete der Harnheilkunde. 298.
Septikämie, tertiäre syphilitische. 237.
Serodiagnose der Syphilis. 137 ff., 249, 250.
Sexuelle Hygiene in Sowjetrußland. 463 (Bsp.).
Sklera, Flecken der bei abgelaufener Skleritis. 134.
Sklerodaktylie. 212.
Sklerodermie. 131, 212.
— mit Syphilis. 437.
— nach Salvarsan. 228.
— Epitheliom auf. 361, 363.
— Behandlung der mit intravenösen Kochsalzinjektionen. 310.
Scleroedema adultorum, muskuläre Lokalisation des. 348.
Skrotum, Gangrän des. 449.
Sommersprossen, Dauer-S. behandelt mit reiner Karbolsäure. 362.
Sonnenbäder, Hautverfärbung durch. 265.
Sonnenlicht, lokale urtikarielle Reaktion auf. 379.
Spermakultur der Gonokokken. 288.
Spieglersche Tumoren des behaarten Kopfes. 125, 267.
Spina ventosa syphilitica. 238.
Spirobismol solubile. 127.
Spirochaeta pallida. 74, 75.
— Morphologie, Lebensdauer und Diagnostik der. **117.**
Spirochaetosis arthritica. **35.**
Spirozid. 255.
Sporotrichosis. 70, 126, 236.
Stachelzellenepitheliom, metatypisches des Gesichtes auf einer Lupusnarbe. 444.
Staphylokokkenerysipel. 448.
Steinkohlenteer, gewerbliche Erkrankungen bei der Arbeit mit. 58.
— kankrogene Stoffe des. 390.
Stomatitis, Prophylaxe und Behandlung der. 308.
Stovarsol. 148.
Strahlenwirkung. 379.
Strandbäder, bullöse Hauterkrankung in. **345.**
Subokzipitalpunktion. 232, 352.
Sulfidresorption, perkutane. 313.
Superinfektionen. 250, 393.
Sykosis simplex. 133.
Sympathikus, Röntgenbehandlung des bei Dermatosen. 239.
Syphilis. 74 ff., 126, 136 ff., 215, 228, 229, 230, 233, 238, 249 ff., 437 ff.
— zur Geschichte der Abnahme der. 56.
— Versuche, das Lama mit S. zu infizieren. **1.**
— Leicheninfektion mit. **167.**
— Bedeutung klinischer Untersuchungen am Hörnerven für die Diagnose und Prognose frühsyphilitischer Erkrankungen des Zentralnervensystems. **17.**
— S. ulcerosa. 125, 126.
— tertiäre syph. Septikämie. 237.
— und Krebs am Mundwinkel. 211.
— therapieresistente tertiäre. 51.
— Behandlung der. 146 ff., 275 ff.
— Malariabehandlung der Frühlues. 319 (Bsp.).
— Befreiung der Menschheit von der Geißel der. 77 (Bsp.).
— congenita. 438, 439.
— bei einem Erwachsenen mit strahliger Narbenbildung an Mund und Wangen. 209.
Syphilophobie. 391.

Digitized by Google

Syringome. 50.
— S. palpebrarum. 265.
Syringomyelie. 231.

T.

Tabes, kindliche bei kongenitaler Syphilis. 438.
Tampovagan. 289.
Targesin. 292, 293.
Tätowierungen, Schwellungsreaktionen an. 453, 454.
— und Syphilis. 395.
Teerimprägnierung, Entstellung durch. 365.
Teerkrebs. 444.
Teigne amiantacée. 236.
Teleangiektasien, multiple als Familienkrankheit. 370.
— Behandlung der T. nach Röntgenbestrahlung. 379, 380.
Telegraphenangestellte, Hautschädigungen bei. 198.
Terpentindermatitis. 132.
Thallium. 371.
Thalliumalopezie. 256.
Thalliumazetat, Epilation bei Haarpilzkrankheiten mittels. 305, 306, 369.
Therapie innerer Krankheiten. 464 (Bsp.).
Thiosanol. 313.
Thymusbestrahlung bei Psoriasis. 382.
Toxidermie, Endothelschädigung bei. 256.
Trichophytid. 74.
Trichophytie. 239, 240.
Trichophytin. 308.
Trichophyton plicatile im Blut. 74.
Trichophytonpilze in Ungarn. 73.
Trichorrhexis areata et circumscripta. 269.
Trichotikomanie. 270.
Triphal. 309, 310.
Trypanozide Serumsubstanzen bei Hämophilie. 387.
Tuberculosis ulcerosa fungosa am Unterschenkel. 214.
Tuberkulin, Spezifität des. 263.
Tuberkulinbehandlung, subepitheliale. 312.
Tuberkulinpflaster. 312.
Tuberkulinreaktion, Spezifität der. 4.
Tuberkulose der Haut. 66.
— am Handrücken. 50.
— Beziehungen der zur Acne vulgaris und conglobata. 264.
— und Syphilis. 438.
— Schutz und Heilwirkung der Haut bei. 77, 78 (Bsp.).
— Einfluß des Goldes auf die experimentelle. 311.
Tuberkulöse Allergie. 389.

U.

Überempfindlichkeit u. Ekzem. 459, 460.
— und Elektrolytwirkung. 385.
Ulcus cruris, ambulatorische Behandlung des. 274.
Ulcus molle der Bauchwand. 237, 240.
— des Gebärmutterhalses. 236.
— Hautreaktion bei 394.
— Komplementfikation bei. 141.
Ulerythema ophryogenes. 68.
Ultraviolette Strahlen. 378, 379.
— Dosierung der. 249.
— Vitiligo nach einem Erythem durch. 238.
— Fluoreszenz der von Pilzerkrankungen ergriffenen Haare im Ultraviolettlicht. 372.
Ulzerationen, akute, nicht venerische der weiblichen Genitalien. 449, 450.
Untersuchungsmethoden der Körperflüssigkeiten bei Nerven- und Geisteskrankheiten. 156 (Bsp.).
Urethritis gonorrhoica bei Knaben. 285.
Urethritis purulenta durch Kolibazillen. 298.
Ur-Go. 291.
Urologie. 294 ff.
Urticaria papulosa. 451, 452.
Urticaria pigmentosa. 237, 240.
Urticaria verrucosa. 451.
Urtikaria, lokale urt. Reaktion auf Sonnenlicht. 379.
— Pityriasis bei. 229.

V.

Vakzinebehandlung der Gonorrhöe. 290, 291.
Vanadiumtherapie. 312.
Varikoatonischer Symptomenkomplex. 306, 307.
Varizen, Bedeutung regionärer Stoffwechselstörungen für die Entstehung des varikösen Komplexes. 386.
— Behandlung der. 273.
— ambulatorische Behandlung der. 274.
Vegetatives Nervensystem, Leukomelanodermie bei syphilitischer Erkrankung des. 394.
Verbrennungstod. 268.
Veronal, Erythem nach. 240.
Vitiligo mit Hyperpigmentation. 231.
— nach einem Erythem durch ultraviolette Strahlen. 238.

W.

Warzen, generalisierte. 132.
Wassermannsche Reaktion, Verschwinden einer paradoxen bei nicht syphilitischen Tuberkulösen. 238.

Digitized by Google

Wismut, Verteilung des im Körper, besonders im Blute. 265.
Wismutbehandlung der Syphilis. 150, 151, 238, 239, 240.
— Gummata an der Stelle von W.-Injektionen. 51.

X.

Xanthom. 231, 235, 369.
Xeroderma pigmentosum. 237.

Z.

Zellkern, oxychromatische Veränderungen am. 382.
Zellgewebsentzündung, rezidivierende des Gesichts. 363.
Zentrozyten. 382.
Zerebrospinalflüssigkeit, Untersuchung der. 144, 145.
— bikolorierte Harzkolloidreaktionen der. 81.
— und Kurmaß. 321.
Zirkumzision mit Kauter. 317.
Zysten in der Brusthaut. 133.
Zystitis, Blasenspülmittel bei. 292.
Zystoskopie, aseptische. 296.

Namenregister.

Die fett gedruckten Zahlen bezeichnen Originalartikel.

A.

Abramowitsch 382.
Adamson 363.
Adler 216.
Agronick 448.
Alawdin 302.
Alexander, A. 49, 55.
Almkvist 253.
Amberger 295.
Antoni 136.
Arndt 53.
Artemieff 234, 235.
Artom 438.
Arzt 73, 245, 263, 269.
Aschner 319.
Aßmann 452.
Audry 236, 238, 398.
Ayer 145.

B.

Baader 445.
Back-Slutzky 233, 234.
Baker 451.
Ballagi 73.
Balog 213.
Bär 128.
Barber 359, 361, 368, 373.
Barbier 239.
Bardach 282.
Barendt 442 (P.).
Barnett 392.
Barnewitz 253.
Barsony 304.
Barthélémy 392.
Bechet 310.
Bénoist 237, 239.
Benthin 284, 285.
Berger 70, 133, 228, 230, 231, 382.
Bergmann 234.
Bering 253, 255.
Berman 420.
Bernsaft 234.
Bernstein 157.
Bertaccini 71.
Bettmann 255, 258, 453.
Bienvenue 239.
Birnbaum 80 (P.), 160 (P.).
Bizard 238.
Blasi 455.
Blatt 294.
Bloch 261, 308.
Blum 296.
Blumenthal 138, 247, 249, 437.
Boas, H. 140, 249.
Böhmer 247, 249.
du Bois 439.
Bojewskaja 137.
Bondurat 59.
Borschtschewsky 398.
Bory 237.
Bosellini 400 (P.).
Brain 443.
Bralez 240.
Brandis 442.
Brase 309.
Braul 65.
v. Brede 278, 291.
Breiger 288.
Brill 259.
Brocq 149, 441.
Broderson 452.
Brodskaja 234.
Brose 454.
Browe 391.
Brown 311.
Bruck 250, 255.
Bruhns 51, 54, 208, 209, 358.
Bruno 140.
Brussilowskaja-Tertitzkaja 139.
Bruusgaard 66.
Buchheister 390.
Bucky 248.
Burgess 70.
Burmeister 286.
Burnier 240.
Burow 313.
Buschke 50, 53, 209, 211, 213, 214, 216, 218, 222, 305, 347, 350, 351, 352, 353, 441.

C.

Cahn 286.
Cailliau 237, 239.
Cappelli 450.
Carle 438
Casazza 461.
Casper 292, 300.
Cathelin 295.
Cattier 277.
Célice 240.
Cerchiai 279.
Chajes 208, 347.
Charmatz 234.
Chatellier 236, 238, 239.
Chlebnikow 447.
Cohen 454.
Cohn, H. 292, 298, 452.
Colonieu 240.
Combe 236.
Combes 69.
Cowen 148.
Crance 396.
Crosti 279.
Cueni 94.

Digitized by Google

Cukor 291.
Curth 380.
Curtius **401.**
Cutler 295.

D.

Dahl 298.
Dammann 400. (P.)
Dassel 240.
David 247.
Davis 359, 370.
Dawson 80. (P.)
Decamps 388.
Decking 386.
Deicher 448.
Delarure 240.
Delbanco 308, 396, 397.
Deselaers 314.
Dewing 239.
Dietel 151.
Dittrich 59.
Dixon 371.
Dochez 447.
Dohi 394, 395.
Dold 139.
Dombrowski 457.
Dore 295, 370.
Dörffel **41**, 268.
Dowling 359, 364, 369, 370.
Drake 369, 373.
Dreyer 132, 133, 134, 228, 230, 231.
Dubreuilh 239.
Ducourtioux 236, 237.
Dujardin 279, 388.
Duneau 317.
Dupusquier 395.
Düttmann 296.

E.

Ehmer 146.
Eichler 269.
Eicke 252.
Eletzki 447.
Eliassow 383.
Entin 62.
Epelbaum 234.
Eppenauer 291.
Esser 305.
Evening 60.
van Eyck 301.

F.

Fabry 380, 400 (P.).
Falchi 73, 74.
Falkenstein 229, 232.
Favre 395.
Feingold 393
Feldmann 58, 150.
Feike 266.
Ferrand 238.
Ferrari 451.
Fibiger 465 (P.).
Filliol 237.
Finger 149, 465 (P.).
Finnerud 69.
Fischel 355.
Fischer, H. 132, 133, 134, 386, 389.
Fischer, W. 49, 218.
Fischl 389.
Flarer 449.
Flater 396.
Fölsch 276.
Fouquet 238.
Fox 374.
Franke 248.
Freeman 457.
Freese 289.
Frei 250, 260, 267, 379.
French 364.
Freudenberg 246.
Freund, E. 265, 268, 284.
Freund, H. 270.
Frieboes 156, 262.
Friedemann 448.
Frisch 445.
Frühwald **35**, 274.
Fuhs 73.
Füllenbaum 67.
Furfornik 234.
Furmanow 285.
Fuß 125, 245, 267.

G.

Galewsky 264, 265, 266, 269, 270, 274, 316.
Galliot 236, 240.
Gammelhoff 140.
Gans 244, 258.
Garipny 239.
Garré 464.
Gastineau 59.
Gastinel 238.
Gauthier 239.
Geft 302.
Gent 310.
Gilbert-Dreyfus 60.
Gjessing 293.
Glauberson 443.
Glukowzeff 443.
Golay 66, 438.
Goldenberg 233, 235.
Goldsmith 362, 367, 374.
Gollner 456.
Goodman 458.
Gooßmann 313.
Görl 270, 309.
Gorski 311.
Gottron 50, 209, 354.
Gougerot 141, 237, 393.
Gouin 239.
Gradwohl 286.
Gray 360, 368, 372, 373, 374.
Grebe 241.
Greenbaum 137.
Greenberger 292.
Gregor 59.
Groll 382.
Grön 293.
Groß 139, 307.
Großmann 386.
Grschebin 72, 282.
Gruber 320 (P.).
Grund 150.
Grünmandel 260.
Grünstein 388.
Gumpert 56.
Gurth 456.

H.

Habermann 254.
Hagen 447.
Halden 361.
Halipsky 382.
Hallam 451.
Hallermann 152.
Haltrecht 285.
Hämel 4, 263.
Hammer 258.
Harkins 311.
Harpuder 389.
Hartmann 387.
Hartwich 140.
Hartzell 80 (P.).
Hasselmann 458, 461.
Haustein 146, 225, 463.
Haxthausen 458, 462.
Hazen 381.
Heller 56, 214, 218, 223, 253, **416**.
Henkel 289.
Herrmann 256.
Herxheimer 61, 125, 126, 127, 255, 263, 269, 272.
Herzog 310.
Hesse 126, 144.
Heuck 255.
Heymann 134, 146.
Highmann 389.
Hildebrand 392.
Hilgermann 148.
Hintze 455, 459.
Hirsch, A. 137.
Hissard 238.
Hoffmann, Er. 1, 77, 131, 132, 144, 252, 257, 266, 320 (P.).
Hoffmann, H. 256.
Hoffmann, W. H. 63.
Hofmann, E. 266.
Hohn 140.
Hübschmann 67.
Hudelo 236, 239.

I.

Ingall 299.
Ingram 364, 374.
Isaak 274.

J.

Jackson 462.
Jacobi 347.
Jacubsohn 302, 395.

Digitized by Google

Jadassohn (Breslau) 153, 154, 255, 260, 317.
Jadassohn (Zürich) 260.
Jaffé, K. 353.
Jakowleff 395.
Jardet 238.
Jeanselme 240, 311.
Jellinek 58.
Jeremenko 455.
Jersild 288.
Jessner 256, 463.
Johannessohn 277.
Jordan **193**, 457.
Joseph 148, 153, 352.
Juliusberg 272.
Jung **112**, 125, 129.
Juster 238.

K.

Kadisch **117**, 143.
Kafka 156.
Kähler 256.
Kahn 438.
Kapff 397.
Kaphun 281.
Kartamischew 283.
v. Karwowski 458.
Kassandrow 76.
Katz, G. 78.
Kauffmann 385.
Keining 270.
Keller 61, 125, 126, 129, 244, 461.
Kerim 277, 278.
Kerl 160 (P.).
Kiene 144.
Kikmeyer 310.
Kitchévatz 143.
Kincaid 391.
Kirkbride 316.
Kirsch 246.
Kislitschenko 311.
Kistiakowsky 234, 235.
Klaften 140.
Kleeberg 224, 265.
Kleinmann 306.
Kleinschmidt 297.
Klingmüller 264.
Kloeppel 309.
Klopstock 75, 352, 383.
Kobelew 442.
Kohlenberger 125, 127.
Koll 299.
Kolle 250.
Konrad 144, **190**.
Kopp 285.
Kowalsky 437.
Krantz 246.
Krause, P. 464.
Krayn 228.
Kreibich 257, 261, 264, 375.
Kren 59.
Kretzmer 151.
Kristjansen 71.
Kritsckewsky 394.
Krojczik 233, 235.
Krupnikow 70.
Kruspe 296.
Kumer 73.
Kusnetzow 388.

L.

Labouchère 308.
Lacassagne 236.
Ladeck 312.
Landesmann 282.
Lane 379.
Lange 152, 438.
Langer 51, 210, 299, 305, 346, 382, 441, 466 (P.).
Last 317.
Lauda 382.
Laufer 257, 303.
Laun 231.
Lebenstein 228.
Leblanc 235, 240.
Ledermann 218, 318, 357.
Legrain 236.
Legueu 300.
Lenormand 237, 239, 240.
Lenz 61.
Lesser 53, 251.
Levaditi 279.
Levai 306.
Leven 269, 271.
Levy-Lenz 287.
Lewin, H. 378.
Lewin, J. 58.
Lichtwitz 235, 236.
v. Liebermann 314.
Liebner 304, 437.
Liefschütz 278.
Lilienthal 438.
Lindner 286.
Linser 125, 256.
Lion 126.
Lippert 303.
Lipschütz 382.
Lipskerow 282.
Litten 294.
Little 359, 360, 362, 364, 371.
Loeser 290.
Löhe 214.
Lomholt 71, 249, 265.
Lortat-Jacob 60, 236.
Lotte 236, 237.
Louste 236, 237.
Löwenberg 126, 130.
Löwenfeld 68.
Löwenstein 210.
Lubash 297.
Lucke 315.
Luksch 269.
Lülsdorf 448.
Lurie 223, 235.

M.

Magimel 239.
Malten 375.
Manheimer 248, 381.
Mannheim 449.
Marchionini 61, **81**, 144, 259.
Markus 452.
Marples 301.
Mertenstein 70.
Martinot 237.
Marx **345**.
Maschkilleisson 72.
Matamoros 239.
Matarasso 292.
Mayer 149, 264.
Mayr, J. K. 259, 320 (P.).
McCormac 360, 362, 367, 370, 374.
McEwen 446.
McLeod 360, 361, 363.
McLester 445.
Melczer 390.
Meerz 274.
Meirowsky 75, 130, 228, 231.
Memmesheimer **17**, 135, 232, 253.
Memorski 391.
de Menichni 455.
Mergelsberg 132.
Mériel 236.
Merklen 237.
Metschersky 393.
Meyer, H. 129, 242.
Meyer, J. 237, 238.
Meyer, P. S. 245.
Meyers 301.
Mgaloblischwili **167**.
Michaux 238.
Mierzecki 148.
Miescher 243.
Milian 236, 237, 239, 240.
Milman 395, 445.
Milstead 381.
Mitchell 142.
Mohrmann **336**.
Mönch 280.
Montenegro 69.
Montpellier 236, 239, 240.
Moog 390.
Morawitz 387.
Morin 147.
Moritz 397.
Mornet 239.
Mosbacher 227.
Mras 145.
Müller, F. X. 293.
Müller, H. 126, 127, 128, 130, 133, 134.
Müller, P. 238.
Müller, R. 59.
Müller (Marburg) 126.

Digitized by Google

Müllern-Aspegren 280.
Mulzer 253.

N.

Nanta 444.
Napp 254, **321**.
Nardelli 457.
Neuda 440.
Nichols 466 (P.).
Nieuwejaar 137, 390, 397.
Nobl 68.
Nonne 288.
Norström 391.

O.

Oelze-Rheinboldt 273.
Ohashi 143.
Olessow 276, 398.
Oppenheim 463.
Oppenheimer 294.
Orlowski 288.
Ornstein 143.
Ostmann 76.
Ostwald 356.

P.

Pakheiser 320.
Paldrock 63, 64.
Palmers 147.
Parounagian 62.
Paulus 131.
Peiser 305.
Pellissier 60.
Per 302.
Périn 236.
Perlmann 296.
Peterson 275.
Petragnani 142.
Petschnikoff 444.
Pette 280.
Peyre 141.
Photinos 465.
Piccardi 444.
Pinard 237.
Pinkus 54, 60.
Piorkowsky **198**.
Planner 266.
Plossianski 455.
Poehlmann 257.
Pollak 281.
Polland 293.
Poller 137.
Popoff 311, 445.
Popowa 388.
Portmann 293.
Posner 157.
Posniak 233, 235.
Post 125, **202**.
Prigge 74. 249.
Prokoptscheck 455.
Pulay 385.
Pulvermacher 55, 349, 350, 351, 352.
van Putte 285, 292.

R.

Rabut 236, 239.
Radaeli 62.
Radbill 147.
Raitz 439.
Rainel 264.
Rasel 302.
Ratner 302.
Ravaut 238, 240.
Reaves 395.
Récamier 438.
Rein 244.
Reiter 75.
Reitler 152.
v. Reuterwall 394.
Richter, W. 219, 346.
Riecke 400 (P.).
Riehl, G. jun. **161**, 268, 269.
Rille 260, 465 (P.).
Ritter 126, 247.
Roberts 315.
Rohrbach **424**.
v. Roques **108**.
Rosenberg 150.
Rosenow 383.
Rosental 447.
Rosenthal, F. 265.
Rosenthal, O. 218, 353.
Rost 272, 320 (P.).
Rothmann 125.
Rottmann 145, 151, 248, 269, 286.
Roxburgh 362, 372.
Rubaschow 297.
Ruste 124, 125, 126, 128, 246.

S.

Saalfeld, U. 273.
Sachs 160 (P.).
Sade 283.
Saelhof 141.
Sakrepa 311, 396.
Salomon 274.
Saltzstein 300.
Salutzki 451.
Schaaf 308.
Schallinger 271.
Schamberg 255, 311.
Scharnke 128.
Schaumann 66.
Schayer 305.
Scheikin 136.
Schlesinger, H. 396.
Schloßberger 74.
Schlunk 306, 307.
Schmidt, E. 80 (P.).
Schmidt-Labaume 259.
Scholtz 246, 248, 267.
Schönfeld 146.
Schönhof 59, 245, 380.
Schönke 301.
Schorsch 273.
Schreiner **340**.
Schreus 145, 245, 247, 254, 305, **321**, 380.
Schröpl 61, 63.
Schubert 124, 129.
Schükry 277.
Schulmann 311.
Schultze, W. 378, 379.
Schwarzkopf 354.
Schwarzmann 138, 147.
Seeter 312.
Segré 455.
Selisky 68.
Sellei 70, 304.
Semon 364, 365, 366, 369, 372.
Senin 63.
Sequeira 361, 362, 363, 366, 443.
Serafimow 139.
Serra 64.
v. Seutter 69.
Sewald 58.
Seyffardt 290.
Sézary 235, 236, 237, 238, 239, 240.
Shirosaki 138.
Sicard 236.
Siebert 292.
Siemens 271, 320, (P.), 386.
Silbermann 455.
Simon 240, 308.
Sinelnikow 394.
Sirota 454.
Sklar 138.
Sklarz 53.
Slutzky 234.
Smelow 438.
Smith, S. W. 301.
Soboloff 452.
Sokolow 302.
Solomin 447.
Sonnenberg 151.
Souttar 366.
Spiro 294.
Spranger 159.
Stein, R. O. 267. 272, 273, 291.
Steinberg 443.
Steinthal 453.
Stern, C. 136, 287, 459.
Stern, F. **81**.
Stetter 142.
Stevens 447.
Stiebock 320.
Stock 275.
Stoltenberg 389.
Straszynski 314
Strauß, W. 136.
Strempel **401**.
Stümpke 258.
Sundermann 387, 388.

Digitized by Google

Sundt 65.
Sutton 303.
Sylvester 439.
Szandicz 282.

T.

Tachau 446, 459, 460.
Tarsis 393.
Taylor 384.
Tecklenborg 130.
Terskich 147.
Theissing 17.
Thelen 230, 232.
Therleff 304.
Thjötta 298.
Thomson 362.
Throne 301.
v. Thurzo 144.
Tinker 303.
Tischnenko 234.
Touton 127, 265, 442.
Trachtenberg 392.
Tunnicliff 384.
Türk 458.
Tzschirntsch 331.

U.

Uhlmann 246.
Ullmann 126, 293.
Ulmer 71.
Umanski 445.
Underwood 380.
Unna 160 (P.), 308.
Urbach 150, 257.

V.

Vallery-Radot 239.
Vandremer 238.
Vecki 299.
Veiel 444.
Vibert 240.
Vilanova 444.
Voigt 267, 309.
Völckers 304.
Vollmer 130, 131, 141.
Vömer 386.
Vonkennel 254, 309, 319.
Voronoff 393.

W.

Wadsworth 316.
Wagner, R. 253.
Wagner-Jauregg 277. 465 (P).
Wainstein 309.
Walker 446.
Warnecke 453.
Wartanjantz 304.
Waschkewitsch 437.
Weber, P. 359, 362, 365, 366, 370, 372.
Wegener 145.
Wehnert 311.
Weidmann 387, 388.
Wein 451.
Weitgasser 150.
Werner 387.
Werther 248, 269.
Wheeler 316.
Whietfield 361.
Wichmann 263, 312.
Wiener 456.
Wigley 360, 361, 363, 371
Williams 391.
Willmott 289.
Winkel 276.
Winkler 312.
Wirz 283, 316, 320 (P.).
Wittkowsky 299.
Wohlstein 274.
Wolff 287.
Wolfsohn 449.
Wolsheuski 437.
Wood 313.
Worowitzky 282.
Wucherpfennig 244, 248.
Wüllenweber 232.
Würzburger 291.

Y.

Yagle 137.

Z.

Zakse 394.
Zeltner 292.
Zieler 4, 160 (P.), 262, 263, 400 (P.).
Ziemann 277.
Zinn 78.
Zinßer 132, 134, 228, 229, 232, 442.
Zumbusch 125.
Zurhelle 1.
Zwerg 311.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Dermatologische Zeitschrift

Begründet von O. LASSAR

Unter Mitwirkung von

A. Alexander-Berlin; **J. Almkvist**-Stockholm; **Ed. Arning**-Hamburg; **F. Bering**-Essen; **S. Bettmann**-Heidelberg; **Fr. Blumenthal**-Berlin; **H. Boas**-Kopenhagen; **C. Bruck**-Altona; **C. Bruhns**-Berlin; **E. Bruusgaard**-Kristiania; **J. S. Covisa**-Madrid; **C. Cronquist**-Malmö; **J. Darier**-Paris; **K. Dohi**-Tokio; **J. Fabry**-Dortmund; **W. Frieboes**-Rostock; **R. Frühwald**-Chemnitz; **O. Gans**-Heidelberg; **W. Gennerich**-Kiel; **C. Grouven**-Halle; **C. Gutmann**-Wiesbaden; **R. Habermann**-Hamburg; **L. Hauck**-Erlangen; **J. Heller**-Berlin; **W. Heuck**-München; **H. Hübner**-Elberfeld; **F. Jahnel**-München; **A. Jesionek**-Gießen; **A. Jordan**-Moskau; **F. Juliusberg**-Braunschweig; **W. Kolle**-Frankfurt a. M.; **P. Linser**-Tübingen; **H. Löhe**-Berlin; **R. Matzenauer**-Graz; **H. Meyer**-Bremen; **E. Meirowsky**-Köln; **G. Miescher**-Zürich; **P. Mulzer**-Hamburg; **E. Nathan**-Nürnberg; **G. Nobl**-Wien; **A. Pasini**-Mailand; **F. Pinkus**-Berlin; **R. Polland**-Graz; **C. Rasch**-Kopenhagen; **E. Riecke**-Göttingen; **G. Rost**-Freiburg; **A. Ruete**-Marburg; **E. Saalfeld**-Berlin; **G. Scherber**-Wien; **W. I. Schmidt**-Gießen; **W. Scholtz**-Königsberg i. Pr.; **W. Schönfeld**-Greifswald; **H. Th. Schreus**-Düsseldorf; **H. W. Siemens**-München; **B. Spiethoff**-Jena; **C. Stern**-Düsseldorf; **A. Stühmer**-Münster; **G. Stümpke**-Hannover; **L. Török**-Budapest; **P. Uhlenhuth**-Freiburg; **H. Vörner**-Leipzig; **J. Werther**-Dresden; **Ch. J. White**-Boston; **K. Zieler**-Würzburg; **F. Zinsser**-Köln; **L. von Zumbusch**-München; **E. Zurhelle**-Bonn

und in Gemeinschaft mit

G. Arndt Berlin **L. Arzt** Wien **B. Bloch** Zürich **A. Buschke** Berlin **K. Herxheimer** Frankfurt a. M. **V. Klingmüller** Kiel

Herausgegeben von

Erich Hoffmann

Bonn

Band LII

Mit zahlreichen Abbildungen im Text

BERLIN 1928

VERLAG VON S. KARGER

KARLSTRASSE 39

Digitized by Google

Alle Rechte vorbehalten.

Pierersche Hofbuchdruckerei Stephan Geibel & Co. Altenburg, (Thür.).

Digitized by Google

Inhaltsverzeichnis.

Originalarbeiten.

Seite

Abraham, L., siehe Cohn, Alfred.

Balog, Paul, Die Behandlung des hypertrophischen und ulzerösen Lupus mit Neosalvarsan 402

Beretvás, Leopold, Die Serodiagnose der Syphilis mit aktiven Seren 161

Bergel, S., Die biologische Bedeutung des Fibrins für den erkrankten Organismus, mit besonderer Berücksichtigung der Hauterkrankungen 171

Cohn, Alfred und L. Abraham, Wirkung chemischer Mittel auf Gonokokken im Tierorganismus. 95

Fessler, Alfred, Bromexanthem vom Typus eines Pemphigus vegetans et serpiginosus. 25

Gans, Oscar, Die Dermatologie in den Vereinigten Staaten von Amerika 369

Grshebin, S. N. und G. G. Salzmann, Essigsaures Thallium als Epilationsmittel bei Behandlung der Dermatomykosen 105

Juliusberg, Fritz, Ein Fall von ausgedehnter Amyloidose der Haut 1

Karrenberg, C. L., Zur Kasuistik der phythogenen Berufsdermatosen: Hauterkrankung durch Tabakblätter 30

Kartagener, Manes, siehe Peck, Samuel M.

Kißmeyer, A., Lebensdauer der Spirochaete pallida 40

— Lebensdauer der Spirochaete pallida. (Bemerkungen zur Arbeit von Kadisch, diese Zeitschrift 1927, Bd. 51, Heft 2, S. 117.) 115

Klissiunis N., siehe Michaelides, N. A.

Klövekorn, G. H., Kopfhalter als Zusatzgerät zur Kromayer-Quarzlampe 302

Konrad, Josef, Zur Kenntnis der Fox-Fordyceschen Krankheit . . . 289

Kottmaier, Elsa, Eine praktisch häufige Infektionsweise der Harnblase 308

— und Jean Kottmaier, Diathermie bei Harnröhrenkarunkeln das Mittel der Wahl 303

Kroiczik, A., siehe Tischnenko, A.

Levin, Benjamin, Über die Beziehungen zwischen tertiärer Lues und Nervenlues auf Grund von Liquoruntersuchungen 296

Memmesheimer, Alois M., Von der Verwendung des Jods bei der Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten 190

Michaelides, N. A., und N. Klissiunis, Der Einfluß der Opotherapie auf die Wassermannsche Reaktion 100

Panow, W. P., siehe Tarsis, F. J.

Peck, Samuel M., und Manes Kartagener, Über einen eigentümlichen, zum Teil segmentär und halbseitig angeordneten Fall von progredienter Atrophie der Haut und der Muskeln mit Pigmentverschiebung 81

Richter, Wilhelm, Ein Fall von Lichen vaccinicus 219

Digitized by Google

Seite

Saalfeld, Ulrich, Zur dermatologischen Statistik (unter besonderer Berücksichtigung der Recklinghausenschen Krankheit und der Myome) 399
Salzmann, G. G., siehe Grshebin, S. N.
Schlüter, Hans, Erfahrungen mit Perkutolen 119
Schmitz, Hans, Über Einschlüsse in den Harnröhrenepithelien bei chronischer Urethritis 116
Strempel, Rudolf, Zum neuen Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 180
Tarsis, F. J., W. P. Panow und N. M. Wassiljewa, Zur Frage der Behandlung der nach intramuskulären Hg- und Bi-Injektionen auftretenden Infiltrate 394
Tischnenko, A. und A. Kroiczik, Zur Frage der Pyodermia chronica serpiginosa 11
Wassiljewa, N. M., siehe Tarsis, F. J.

Zum 60. Geburtstage von Prof. Felix Pinkus 366
Zum 70. Geburtstage von Prof. Dr. Karl Touton 443

Hideyo Noguchi † 443

Gesellschaftsberichte.

Berliner Dermatologische Gesellschaft. Sitzung vom 11. XI. 1927 41
— Sitzung vom 13. XII. 1927 223
— Sitzung vom 10. I. 1928 311
Kölner Dermatologische Gesellschaft. Sitzungen vom 3. XI. u. 25. XI. 1927 48
Dermatologentagung in Straßburg vom 14. VI. 1927 318
Gesellschaft für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Kiew. Sitzungen vom 3. und 12. IV. und 24. XII. 1927 . . . . . 50, 410
Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie. Sitzungen vom 7. IV., 12. V., 9. VI., 7. VII. und 10. XI. 1927 . . . . 121, 233, 324, 408
Royal Society of Medicine, Section of Dermatology. Sitzungen vom 16. VI., 20. X. 1927 . . . . . 123, 237

Periodische Literatur. Zusammengestellt von Dr. Arthur Alexander-Charlottenburg 52, 125, 240, 327, 411
Buchbesprechungen 77, 152, 284, 362
Personalien und Tagesnachrichten 80, 160, 288, 366, 444
Sachregister 445
Namenregister 456

Digitized by Google

I.

Ein Fall von ausgedehnter Amyloidose der Haut.

Von

FRITZ JULIUSBERG,

Braunschweig.

Daß die Ablagerung von Amyloid in der Haut häufiger vorkommt, als früher bekannt war, geht aus einer Mitteilung *Freudenthals* in der Schles. Dermatol. Gesellsch. (Zbl. f. Hautkr. S. 26. Bd. XX) hervor, der in kurzer Zeit bei etwa 30 Fällen, besonders in der Gesichtshaut älterer Personen, Amyloid in scholliger oder klumpiger Form mitunter in recht erheblicher Menge, besonders bei mit Epithelwucherung einhergehenden Prozessen (Epitheliomen, Keratoma sen., Verruca sen.), nachweisen konnte. Diesem Vorkommen von Amyloid gewissermaßen als Nebenbefund gegenüber, gehören offenbar die Fälle zu den Seltenheiten, bei denen die Amyloidablagerungen in der Haut als das wesentliche Substrat knötchenartiger Gebilde eine Amyloiddermatose sui generis darstellen. Wir kennen diese Amyloiddermatose einerseits als die Komplikation allgemeiner Störungen des Eiweißstoffwechsels (Amyloidosis cutis metabolica), andererseits als reine Hauterkrankung für sich ohne gleichzeitige Erkrankung anderer Organe (örtliche Amyloidose der Haut). Auf diese letzte Form hat *Gutmann* in mehreren Arbeiten (Derm. Ztschr. S. 65, Bd. 38; S. 76, Bd. 42; Derm. Wochenschr. S. 1223, 1283. Bd. 85) die Aufmerksamkeit gelenkt. Die lokale Amyloidose der Haut, von *Gutmann* als Hautkrankheit sui generis aufgefaßt, ist *klinisch* gekennzeichnet durch die in sehr chronischer Weise vor sich gehende Entwicklung mehr oder weniger zahlreicher, derber, ja harter, bis linsengroßer Knötchen, die sich besonders an den unteren Extremitäten entwickeln und, einmal vorhanden, offenbar außerordentlich langen Bestand haben, Jucken in verschiedener Intensität, ferner Pigmentierung, Verstärkung des Oberhautreliefs, Lichenifikation, derbe Beschaffenheit der Haut, eventuell Schwellung der regionären Lymphdrüsen. *Histologisch* findet sich eine Amyloidablagerung stets nur im Gebiete der Knötchen, ausnahmslos

Digitized by Google

auf das Stratum papillare und die oberflächlichsten Lagen der Kutis beschränkt und eine starke Verbreiterung des Stratum corneum über den Amyloidmassen, während die übrigen Schichten der Epidermis ganz überwiegend zwar auch hyperplastisch, manchmal aber auch normal oder atrophisch erscheinen. Einen von *von Königstein* mitgeteilten Fall und drei eigene Beobachtungen reiht *Gutmann* in diese Gruppe ein, auch einen früher von mir veröffentlichten Fall, bei dem es sich zweifellos um eine lokale Amyloidose der Haut handelt, bei dem es sich lediglich frägt, ob diese Amyloidose auf dem Boden einer anderen Hauterkrankung entstand oder als primäre Hauterkrankung auftrat. Diese letztere Meinung vertritt *Gutmann;* die Möglichkeit der Berechtigung dieser Auffassung ist ohne weiteres zuzugeben; ich muß darauf verzichten, auf eine weitere Erörterung über diesen Fall einzugehen, da ich weiteres Material als das in meiner ersten Veröffentlichung (Festschr. *Kaposi.* Erg.-Bd. z. Arch. f. Dermatol. 1900, S. 615) mitgeteilte nicht beibringen kann. Die Eigenart des Falles wurde erst nach der mikroskopischen Untersuchung klar, und das Ergebnis derselben schien allen, denen ich die Präparate zeigte *(Neisser, Weigert, Schäffer)* neu, bisher noch nicht beschrieben. Aus diesem Grunde wagte ich auch damals nicht, mit der Sicherheit, mit der dies heute möglich wäre, von einer Amyloidose der Haut zu sprechen und den Fall unter dieser Bezeichnung zu veröffentlichen.

Auf jeden Fall ist die Kasuistik der von *Gutmann* zu einem selbständigen Krankheitsbilde erhobenen Amyloiddermatose noch eine sehr dürftige, und dieser Grund veranlaßt mich, den folgenden Fall, den ich schon einmal kurz in der Hamburger Dermatol. Gesellsch. (Zbl. f. Hautkr. S. 561. Bd. XXI) erwähnte und den auch *Gutmann* in seiner letzten Arbeit zitiert, ausführlicher hier mitzuteilen, zumal dieser Fall durch seine besondere Ausdehnung und durch die Tatsache, daß grade der Hauptsitz der bisher bekannten Fälle dieser Erkrankung, die Unterschenkel, frei blieb, sich auszeichnete. Klinisch war eine Diagnosenstellung nach den vorliegenden Erfahrungen nicht möglich. Die Breslauer Universitätshautklinik war so freundlich, die Verarbeitung des exzidierten Materials zu übernehmen und sandte mir die Präparate mit der Diagnose: Amyloidose zurück. Ich entfernte später noch ein weiteres Stück zur Vornahme der Kongorot- und Jodreaktion; Herr Assistenzarzt Dr. *Freudenthal* in Breslau hat an diesem Stück auch diese Reak-

Digitized by Google

tionen freundlichst angestellt. Über den Fall ist folgendes mitzuteilen:

Bei dem jetzt 27jährigen, früher stets gesunden Patienten trat die Hauterkrankung vor 10 Jahren auf, zu einer Zeit, in der sich der Patient etwa $^3/_4$ Jahre lang mit Kohlentragen beschäftigte; die Hauptentwicklung des Exanthems erfolgte nach den Angaben des Patienten in diesen $^3/_4$ Jahren allmählich; in der nächsten Zeit ging die Entwicklung noch weiter, dann hat angeblich eine Ausdehnung des Exanthems nicht mehr stattgefunden. Offenbar hat das Exanthem in den letzten Jahren merkliche Fortschritte nicht gemacht; nur scheinen im Laufe des letzten Jahres einige wenige neue Knötchen in der Glutäalgegend hinzugetreten zu sein. In den letzten Wochen deutliche Abflachung und Schwund eines Teiles der am Rücken sitzenden Knötchen. Einen Einfluß auf den allgemeinen Gesundheitszustand übte die Dermatose nicht aus; der Patient war nach entwickelter Hautkrankheit noch einige Jahre im Dienste der Polizei tätig. Erst eine im Jahre 1922 — also 5 Jahre nach Beginn der Hauterkrankung und längere Zeit nach der vollen Entwicklung der Hauterkrankung — aufgetretene Encephalitis lethargica veranlaßte durch ihre schweren nervösen und psychischen Erscheinungen bald eine völlige Arbeitsunfähigkeit des Patienten. Auf jeden Fall hat also die Encephalitis lethargica auf das Entstehen und auf die Entwicklung der Hauterkrankung keinen Einfluß ausgeübt.

Als wesentliche Symptome der Encephalitis lethargica bestehen nach Herrn Nervenarzt Dr. *Löwenthal*, der mir den Patienten zur Diagnose und Behandlung seiner Hautkrankheit überwies, folgende Erscheinungen: Langsamer und schlürfender Gang, grober Tremor der Hände und völlige Kraftlosigkeit der Hände und Arme; Apathie, leise Sprache bei ungestörter Intelligenz. Wegen seiner Enzephalitis machte der Patient mehrere Quecksilberschmierkuren ohne jeden Einfluß auf die Hauterkrankung durch. Der Patient ist von Mittelgröße, hat derben Knochenbau, gut entwickelte Muskulatur, mäßig stark entwickeltes Fettpolster. Herz, Lungen und Bauchorgane ohne krankhafte Veränderungen. Urin klar, frei von Eiweiß und Zucker. Er war demnach beim Auftreten seiner Hauterkrankung völlig gesund, bekam erst 5 Jahre nach dem Auftreten der Hauterkrankung die Encephalitis lethargica und zeigte in der langen Zeit des Bestehens seines Hautleidens nie Krankheitserscheinungen, die mit einer allgemeinen Störung des Eiweißstoffwechsels in Zusammenhang zu bringen wären.

Schleimhäute ohne krankhafte Veränderungen. Keine Lymphdrüsenvergrößerungen.

Hautbefund: Frei geblieben sind nur Gesicht, Kopf, Hände, Oberschenkel, Unterschenkel und Füße, einschließlich der Nägel der Hände und Füße; alle übrigen Gebiete sind der Sitz zum Teil sehr ausgedehnter Veränderungen.

Arme: Am rechten Oberarm ist ein Gebiet von 17 cm Länge, 10 cm größter Breite — der große Krankheitsherd verläuft entsprechend der Längsachse des Gliedes — der Sitz ziemlich dichtgedrängter, etwa hanfkorn- bis kleinlinsengroßer, an der Oberfläche rauher und dadurch für die Palpation derber bis harter, teils halbkugeliger, teils mehr abgeflachter Knötchen; an den äußersten Randpartien nehmen die Knötchen allmählich an Größe ab, so daß die an der äußersten Peripherie sitzenden Knötchen nur noch Stecknadelkopfgröße besitzen. Der Krankheitsherd sitzt an der Streckseite des Armes, während die Beugeseite normal weiche, unpigmentierte Haut aufweist. Am

Digitized by Google

Unterarm, etwas unterhalb des Ellenbogens beginnend und sich bis zur Grenze des mittleren und unteren Drittels erstreckend, sitzt ein zweiter Herd von 16 cm Länge, 9 cm größter Breite, gleichfalls auf der Streckseite, während die Beugeseite frei geblieben ist. Dieses Gebiet ist in ganz gleicher Weise befallen, wie der Herd am Oberarm: derbe braunrote Papeln mit rauher Oberfläche, teils dichtgedrängt, teils mit Aussparung sehr schmaler Zwischenräume; auch hier finden sich an der Peripherie kleinere Knötchen. Die beiden Herde am rechten Arm stellen gleichsam ein breites Band dar, welches der Streckseite des Armes entlang läuft und nur am Ellenbogen für ein kurzes Stück unterbrochen ist. Dagegen besteht auf dem linken Arm eine solche

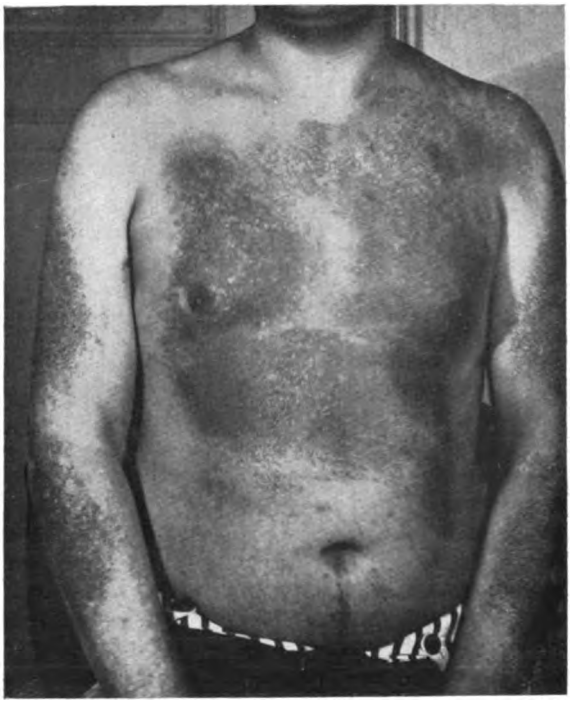


Abb. 1.

Unterbrechung am Ellenbogen nicht, sondern hier zieht sich das Krankheitsgebiet kontinuierlich auf der Streckseite von der Schulterhöhe bis an die Grenze des mittleren und unteren Drittels des Unterarmes hin, ebenfalls als breites Band, dessen größte Breite 12 cm, bei einer durchschnittlichen Breite von 10 cm beträgt; auch hier handelt es sich um relativ dichtgedrängte Knötchen von durchschnittlich Hanfkorngröße, von braunroter Farbe mit rauher bei Lupenbesichtigung an die Oberfläche der planen Warzen erinnernder Oberfläche. Ein Teil der zentral gelegenen Knoten hat etwas hellere, mehr hellbraune Farbe und einen deutlichen Glanz. An einer kleinen Stelle sitzen relativ kleine Knoten so dichtgedrängt, daß dieses kleine Gebiet oberflächlich an einen Lichen chron. *Vidal* erinnert; doch geht diese Zone unvermittelt in die mit größeren Knötchen besetzten Flächen über.

Digitized by Google

Brust, Bauch: Die Brusthaut ist so gut wie im ganzen befallen; nur kleine Gebiete über den mittleren Teilen des Sternums sind frei geblieben, auch nicht der Sitz anderweitiger Hautveränderungen, sondern treten als kleine Inseln aus der sonst im ganzen ergriffenen Brusthaut hervor. Am Bauche ist das obere Drittel mitbefallen; die erkrankten Gebiete schneiden mit ziemlich scharfer Grenze nach unten zu ab. Die unteren zwei Drittel des Bauches und die Haut zwischen der vorderen und hinteren Axillarlinie weisen keine Veränderungen auf. Brust und Bauch sind im Bereiche der Affektion der Sitz meist ganz dichtgedrängter, zum großen Teil deutlich abgeflachter, brauner bis braunroter derber Knötchen mit rauher Oberfläche von durch-

Abb. 2.

schnittlich Hanfkorngröße; nur an wenigen Stellen kann man von einer mehr halbkugeligen Form der Einzelelemente sprechen. Die flachen Papeln sitzen an den Brustpartien so dichtgedrängt, daß die Haut besonders an den oberen Teilen der Brust entfernt an einen Lichen chron. erinnert. Nur handelt es sich bei näherem Zusehen nicht um eine bloße Vergröberung der Hautfelderung, als vielmehr um größere dichtgedrängte, durch tiefe Furchen getrennte Gebilde, so daß man gleichsam einen Lichen chron. in starker Vergrößerung und Vergröberung vor sich zu haben glaubt. Auf dem Bauche, besonders nach dem Rand zu, werden die Knötchen allmählich kleiner, an der äußersten Peripherie gehen sie in punktförmige bis höchstens stecknadelkopfgroße braune Flecken über. Auf der linken Schulter sitzen kleine, sehr flache

Digitized by Google

Knötchen und bräunliche, den Knötchen an Größe entsprechende Pigmentierungen.

Rücken: Der Rücken ist im ganzen befallen; frei geblieben ist nur die Haut über der Wirbelsäule und die daran angrenzenden Partien, so daß ein durchschnittlich etwa 10 cm breiter Streifen gesunder Haut, vom Halse bis zur Kreuzbeingegend verlaufend, die erkrankten Gebiete des Rückens scheidet. Die beiderseitig vorhandenen Krankheitsherde reichen bis etwa über das oberste Drittel der Glutäalhaut. Auch auf dem Rücken ist das Grundelement ein hanfkorngroßes, braunrotes, meist etwas abgeflachtes Knötchen; auf der Haut der Glutäen ist das Knötchen am schärfsten ausgesprochen und weist hier zum Teil deutliche Halbkugelform auf. Dort ist auch die Rauheit der Oberfläche am besten durch Betastung wahrzunehmen, während am übrigen Rücken die Oberfläche wenn auch derb, so doch nicht so ausgesprochen verrukös erscheint. An den oberen Teilen des Rückens, wo die Knötchenaussaat besonders dichtgedrängt besteht, wird an manchen Stellen ganz so wie auf der Brust mit den dort angegebenen Einschränkungen ein bei flüchtigerer Betrachtung Lichen-chron.-ähnlicher Eindruck hervorgerufen. Auch am Rücken an den Randpartien allmähliche Verkleinerung der Knötchen und hier und da Übergang der Knötchen in bräunliche und gelbbräunliche Pigmentierungen.

Eine Dellenbildung konnte ich an keiner Stelle an den Knötchen, auch mit Lupenvergrößerung, feststellen. Ebensowenig war eine Konfluenz der halbkugeligen und flacheren Knötchen vorhanden, auch wo diese dichtgedrängt saßen, vielmehr war es immer leicht möglich, das einzelne Knötchen gegen seine Nachbarn abzugrenzen.

Bis auf die in der Beschreibung angegebenen Abweichungen machte das Exanthem einen ausgesprochen symmetrischen Eindruck. Das Grundelement des Exanthems ist ein halbkugeliges, braunrotes bis braunes, oberflächlich rauhes Knötchen, welches bei längerem Bestande etwas abgeflachter sich zu gestalten scheint. Wie an einzelnen Stellen kleinere, etwas weniger stark pigmentierte papulöse Gebilde an der Peripherie zeigen, beginnt offenbar das Knötchen als kleines stecknadelkopfgroßes Gebilde, um im Laufe der Entwicklung größer und ausgesprochener pigmentiert zu werden. Es scheint, als ob die ebenfalls an den Randpartien festgestellten kleinen Pigmentflecken die Reste verschwundener Papeln bedeuten; weniger wahrscheinlich ist es mir, daß es sich um Vorstadien der papulösen Gebilde handelt. Ein Rückgang der Knötchen ist in den zentralen Partien der erkrankten Gebiete nur am Rücken vorhanden, und zwar in ganz beschränkter Weise; wesentlich an den Randpartien scheinen sich progressive und wohl auch regressive Entwicklungen des Exanthems in geringerem Umfange abzuspielen.

Das Exanthem verursacht nach den Angaben des Patienten starken Juckreiz, besonders in den Abendstunden. Dementsprechend finden sich an verschiedenen Stellen deutliche Kratz-

Digitized by Google

effekte. Regelmäßige Salbeneinfettungen setzten den Juckreiz in geringem Grade herab; besonders günstig wirkte auf den Juckreiz die Anwendung einer 10%igen Calmitolsalbe.

Histologie: Die Schnitte des in Alkohol gehärteten Gewebes wurden nach *van Gieson*, nach *Pappenheim*, mit Methylviolett, mit polychromem Methylenblau und saurem Orzein gefärbt; an zwei Gefrierschnitten wurden die Kongorotreaktion und Jodreaktion geprüft.

Die Schnitte führen durch mehrere aneinandergereihte Knötchen, deren Grenzen schon in grober Weise durch eine vom Rande nach der Mitte der Knötchen zu immer stärker zunehmende Hornhautverdickung gekennzeichnet sind. Die Hornhautlamellen sind dicht aneinander gelagert — nur an der Oberfläche ist hier und da eine leichte Lockerung erkennbar. So wie die Hornhaut im Bereiche der Knötchen einen nach oben zu deutlichen Bogen bildet, ist sie auch nach der Tiefe zu gegen die kernhaltigen Epithelschichten stark vorgewölbt, derart, daß das Stratum corneum über dem einzelnen Knötchen dem Durchschnitt einer bikonvexen Linse entspricht. Zwischen den einzelnen Knötchen weist die Hornhaut eine kaum wesentliche Verdickung auf; hier ist auch der Bau der Hornhautlamellen an einzelnen Stellen ein mehr lockerer; nur in einem ganz kleinen Bezirk konnte ich einige wenige Kerne in der Hornhaut feststellen, im allgemeinen ist die Hornhaut der Sitz einer sehr ausgesprochenen Hyperkeratose.

Die Gesamtstruktur der kernhaltigen Anteile des Epithels weist im Bereiche der Knötchen nur eine sehr unbedeutende Verdickung auf und diese zumeist durch Verbreiterung des Stratum granulosum. Nur an einzelnen kleineren Knötchen möchte ich die Gesamtverdickung von Stratum granulosum und Rete als erheblicher bezeichnen, und zwar handelte es sich um Stellen, an denen die Epithelzapfen fast ganz verschwunden waren, so daß unter dem sich nach unten vorwölbenden Stratum corneum das Epithel als etwas eingedellte, aber trotzdem kompakt verdickte Masse gegen das Korium in fast gerader Linie verlaufend erscheint. Dieser Schwund der Epithelzapfen betraf aber nur zwei kleinere Knötchen; die übrigen zeigten etwas verschmälerte und vielleicht etwas verlängerte Epithelzapfen und zwischen diesen auf dem Durchschnitte mehr viereckig geformte Papillaranteile. Die Knötchen sind nur zum Teil um die Follikel angeordnet, so daß ich nicht wage, von ausgesprochen follikulärer Anordnung zu sprechen; bei einem größeren Knötchen fand sich an den beiden Grenzen je ein von Hornmassen gefüllter Follikeltrichter, während im Zentrum ein Follikel nicht erkennbar war.

Wie erwähnt, ist der Hauptanteil der Verdickung des kernhaltigen Epithels dem Stratum granulosum zuzuschreiben, welches in der Mitte der Knötchen teilweise bis 6—7 Zellreihen unterscheiden läßt; die Zellen sind weniger flach, als es der Norm entspricht, vielmehr ähneln sie durch ihre kugelige Gestalt und ihre großen bläschenförmigen Kerne den tieferen Retezellen. Sie sind dicht mit teils feineren, teils gröberen Keratohyalinkörnern angefüllt. Das Rete zeigt nur an einzelnen Stellen eine sehr unbedeutende Verbreiterung; an den Zellen des Rete und des Stratum basale sind Veränderungen irgendwelcher Art nicht vorhanden; es besteht offenbar keine Vermehrung der Kernteilungsfiguren.

Im Epithel findet sich eine deutliche Pigmentzunahme. Das zelluläre Pigment findet sich nicht nur in den basalen Zellen in erheblicher Menge,

Digitized by Google

auch die darüber liegenden Retezellschichten weisen einen vermehrten Pigmentgehalt auf. Noch mehr aber fällt eine Vermehrung der Chromatophoren in der Pars papillaris corii und auch in den obersten Schichten des eigentlichen Koriums auf. Die Pigmentvermehrung beschränkt sich nicht auf die Gebiete unter der hyperkeratotischen Hornschicht, also auf die einzelnen Knötchen, sondern ist auch in den dazwischen liegenden Gebieten, manchmal noch stärker ausgesprochen, vorhanden. Im allgemeinen ist die Pigmentzunahme im ganzen Präparat festzustellen, allerdings in ganz unregelmäßiger Verteilung; es sind nur wenige Stellen vorhanden, wo man kaum von einer Hyperpigmentierung sprechen kann.

Im Bereiche der Knötchen, aber auch im dazwischen liegenden Gewebe, in letzterem in viel geringerem Grade, finden sich meist um die Gefäße angeordnet streckenweise vermehrte Fibroblasten, ganz vereinzelte Mastzellen und Lymphozyten. Diese teils mehr strangförmigen, teils mehr kugeligen Zellanhäufungen erinnern bei schwacher Vergrößerung an lockere Infiltrationsbildungen; erst stärkere Vergrößerungen entscheiden, daß es sich nicht um eigentliche Infiltrate handelt.

In den nach *van Gieson* gefärbten Schnitten finden sich im Bereiche der Hyperkeratosen in der Pars papillaris unregelmäßige, gelbgefärbte, blockartige Gebilde, die sich bei Methylviolettfärbung durch ihr leuchtendes Rot deutlich vom übrigen Gewebe abheben. Sie nehmen an einzelnen Stellen fast die ganze Papille ein, wobei meist ein feiner Saum die rotgefärbten Massen von dem blaugefärbten Epithel trennt; nur an einzelnen Stellen kommt es anscheinend zu einem direkten Kontakt der rotgefärbten Massen mit den Epithelzellen. An anderen Papillen wieder ist nicht die ganze Papille oder ihr größerer Teil der Sitz dieser eigenartig gefärbten und strukturierten Schollen oder Klumpen, vielmehr lassen sich zwischen ihnen mehr oder weniger große Gebiete nicht rot gefärbter Kutis unterscheiden, oder die Klumpeneinlagerung beschränkt sich mehr auf den oberen Teil der Kutispapille. Aber immer ist die Menge dieser rotgefärbten Masse so reichlich, daß sich die Papillen unter der Hyperkeratose durch die rotgefärbte Substanz deutlich aus ihrer Umgebung herausheben. Die Präparate lassen keinen Zweifel darüber, daß die Ablagerungen und die Hyperkeratose örtlich nebeneinander verlaufende Veränderungen darstellen. In den Papillen zwischen den einzelnen Knötchen finden sich rotgefärbte Schollen überhaupt nicht oder nur hier und da in Gestalt sehr spärlicher Anhäufungen. Die Anwesenheit der rotgefärbten Klumpen beschränkt sich im Bereiche der einzelnen Knötchen im wesentlichen auf den papillaren Anteil der Kutis, nur in geringem Grade finden sich auch hier und da wenige Klumpen in den obersten Schichten des eigentlichen Koriums. Die Blöcke geben sehr deutlich die Kongorotreaktion, während die Jodreaktion nur eben angedeutet ist. Ein Zusammenhang der eingelagerten Massen mit den Endothelien der Gefäße oder den vorhandenen Drüsenstrukturen ist nicht nachweisbar.

Die elastischen Fasern sind in den von der Blockablagerung freien Papillen zwischen den einzelnen Knötchen und in der eigentlichen Kutis im ganzen exzidierten Stück gut erhalten; sie fehlen nur in den Papillen, welche mehr oder weniger reichlich die blockartigen und schollenförmigen Gebilde enthalten.

Daß es sich um einen Fall von rein örtlicher Amyloidose der Haut bei einem bis auf seine Encephalitis lethargica, die

Digitized by Google

mit der Hauterkrankung in keinem Zusammenhang steht, sonst gesunden Patienten handelt, daß also das Krankheitsbild vorliegt, welches *Gutmann* als rein örtliche Amyloiderkrankung der Haut auffaßt, bedarf keiner längeren Begründung. Bei dem langen Bestande des Hautleidens hätte es bei einer allgemeinen Amyloidose schon längst zu Beeinträchtigungen des Allgemeinbefindens kommen müssen.

In dem vorliegenden Falle fand sich als charakteristische Effloreszenz lediglich das wiederholt erwähnte braunrote derbe Knötchen; auch an den Hautstellen, die durch das Dichtgedrängtsein dieser Knötchen an einen vergröberten Lichen chon. erinnerten, ließ sich immer noch diese Primäreffloreszenz deutlich erkennen. Warum es im vorliegenden Falle bei dem sonst gesunden Menschen zu diesen ausgedehnten Amyloidablagerungen gekommen ist, wissen wir nicht. Zweifellos stellen in diesem Falle wie in den wenigen andern Beobachtungen dieser Art die Amyloidablagerungen die wesentliche pathologische Veränderung der Haut dar. Die ausgesprochene Hyperkeratose, die alle diese Fälle in gleicher Weise zeigen, und der vermehrte Pigmentgehalt stehen wohl als sekundäre Folgen mit der Amyloidablagerung in irgendwelchem Zusammenhang; die wenig ausgedehnten runden Pigmentierungen an der Peripherie der erkrankten Gebiete scheinen Reste verschwundener Herde darzustellen.

Auffallend ist es, daß diese lokalen Amyloidablagerungen, beim vorliegenden Falle wie bei den früher beobachteten, zu so starkem Juckreiz Anlaß geben. Eine Vergesellschaftung mit einer sonstigen juckenden Dermatose lag nicht vor; auch die Gebiete, die oberflächlich an einen Lichen chron. erinnerten, hatten weder mit einem zirkumskripten Lichen chron. etwas zu tun, noch waren sie der Sitz einer diffusen Lichenifikation, sondern lediglich der Ausdruck eines besonders gedrängten Sitzes der einzelnen Knötchen. In die Augen springend ist die Symmetrie des Exanthems, welche ja einer von innen wirkenden Störung des Eiweißstoffwechsels gut entspricht.

Von Interesse scheint für den Dermatologen die Frage, ob derartige Hautkrankheiten schon rein klinisch mit mehr oder weniger großer Sicherheit diagnostiziert werden können oder ob dies nur mit Zuhilfenahme einer Biopsie geschehen kann. Bei den lediglich am Unterschenkel lokalisierten Fällen wird eine Diagnose ohne Exzision schon deshalb kaum möglich sein, weil hier die einzelnen Effloreszenzen außerordentlich den lokali-

Digitized by Google

sierten Lichen verrucosus-Formen ähneln. Denn nur an diese Formen erinnern die einzelnen Elemente, viel weniger an die Herde der meist die Extremitäten befallenden Prurigo nodularis, die meist größer sind und nie so dichtgedrängt auftreten. Aber bei einem so ausgedehnten Falle, wie ich ihn hier beschrieb, scheint es mir doch berechtigt, die Frage aufzuwerfen, ob man hier einen Lichen ruber in differentialdiagnostischer Beziehung heranzuziehen berechtigt ist. Ich muß gestehen, daß, als ich das Exanthem zum ersten Male sah, ich zunächst an eine Abart des Lichen ruber dachte. Wir kennen Lichen verrucosus-Fälle der Unterschenkel, die jahrelang bestehen und deren Herde denen des vorliegenden Exanthems außerordentlich ähneln; aber ein so ausgedehntes Exanthem, welches den größten Teil der Körperoberfläche befallen hat, als Ausdrucksform eines Lichen ruber verrucosus kennen wir nicht. Ich will dabei gar nicht auf die noch unentschiedene Frage eingehen, ob die Fälle von Lichen verrucosus der Unterschenkel sich stets aus einem verallgemeinerten Lichen ruber planus entwickeln oder ob sie häufiger als alleinige Lokalisation erscheinen. Wahrscheinlich ist nicht so selten das letztere der Fall. Also ein Lichen ruber verrucosus konnte es bei längerer Überlegung wohl nicht sein. Andere Hauterkrankungen mit gleicher Primäreffloreszenz, auch gutartige Tumoren der Haut mit gleicher Lokalisation, kennen wir nicht. Die Hauterkrankung war bei näherem Zusehen auf keinen Fall in das Gebiet des Lichen chron. einzureihen. Es lag also aller Grund vor, für den Fall vor der Biopsie eine Diagnose überhaupt nicht in Betracht zu ziehen. In Zukunft werden derartige Exantheme natürlich in erster Linie an die Möglichkeit einer örtlichen Amyloidose der Haut denken lassen.

Die den Abbildungen zugrunde liegenden Lichtbilder wurden mir von Herrn Prof. *Riecke* freundlichst zur Verfügung gestellt.

Digitized by Google

II.

(Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Medizinischen Institutes zu Kiew [Vorstand: Prof. Dr. *A. Tischnenko*].)

Zur Frage der Pyodermia chronica serpiginosa.

Von

Prof. Dr. A. TISCHNENKO und Dr. A. KROICZIK,

Assistent der Klinik.

In der Dermatologie, wie auch in der praktischen Medizin überhaupt, wiederholt sich immer wieder dieselbe Erscheinung: auf die Beschreibung einer bis dahin unbekannten Krankheit folgt stets die Veröffentlichung neuer Fälle dieser Erkrankung. Es hat den Anschein, als ob eine mehr oder minder größere Anhäufung solcher Erkrankungen statthat. Dies geschah, vielleicht in noch größerem Maße, auch bei der chronischen Pyodermie.

Verschiedene Manifestationen dieses Prozesses nicht akuten Charakters waren uns längst bekannt. Dies sind: die chronische Form des Erysipelas, Streptodermia chronica *Sabouraud*, Angulus infectiosus, Sykosis vulgaris, Dermatitis papillaris capillitii *(Kaposi)* s. Folliculitis cicatricans nuchae *(Ehrmann)*, Folliculitis et Perifolliculitis abscedens et suffodiens *(E. Hoffmann)*: hierher gehören anscheinend auch gewisse Fälle der Perifolliculitis suppurée et conglomérée en placards *Leloir's*, Pyodermitis vegetans *Hallopeau*, Acne conglobata *Lange*, gewisse Formen der Elephantiasis, die Fälle von *Antony*, *Bosselini* (Granuloma exoticum herpetiforme), *Pick*, *Huber* (Perifolliculitis suppurativa et framboesiformis), *Fischl*[2]), *Miescher* und *Oppenheim*[7]), *H. Hoffmann* u. a. (Dermatitis exfoliativa neonatorum, Pemphigus neonatorum, Folliculitis decalvans *Laillet* usw.).

Nichtsdestoweniger wurden diejenigen Formen der Pyodermie, welche, dem Vorschlag von *E. Hoffmann* folgend, als „Pyodermia chronica papillaris et exulcerans" bezeichnet wurden, zuerst im Jahre 1926 von seinen Schülern *Zurhelle* und *Klein*[8]) beschrieben.

Die Frage, ob solche Erkrankungen schon früher beobachtet wurden, ist wohl mit ja zu beantworten. Ohne Zweifel waren

Digitized by Google

sie schon längst gesehen, aber anders gedeutet worden. Tatsächlich können solche Erkrankungen morphologisch zunächst an Lues III gummosa oder tuberculosa sehr erinnern, weiter an Tuberkulose, an tiefe Formen der Trichophytie, an Blastomycosis, Sporotrichosis, Aktinomykosis, Leishmaniosis, Diphtherie der Haut, an die Bromo- und Jododerma.

Wenn man in Betracht zieht, daß die genannte Erkrankung zuweilen sehr leicht unter indifferenter Therapie, welche sich hauptsächlich auf Reinhaltung und Asepsis beschränkt, zur Heilung kommt und den Umstand beachtet, daß die irrtümlicherweise angewendete antiluetische Kur manchmal keinen Schaden stiftet, so wird es klar, daß nicht wenige derartige Fälle, besonders in der vorwassermannschen Ära, für Lues wohl gehalten werden konnten. Andererseits sind auch andere Irrtümer möglich; z. B. bloß die leider nicht immer eingehaltene Vorsichtigkeit ermöglichte es, daß *N. Tschernogubow*[6]) bei der Besprechung seines Falles sich nicht zur Annahme einer mykotischen Erkrankung verführen ließ.

Wie dem auch sein mag, die scheinbare Anhäufung der Fälle von chronischer, serpiginöser Pyodermie in der letzten Zeit ist, wie wir glauben, durch die Fixierung unserer Aufmerksamkeit auf dies Krankheitsbild zu erklären.

In der Tat erschien bald nach *Zurhelle* und *Klein*, welche 8 Fälle der erwähnten Erkrankung anführten, die Beschreibung von 12 Fällen seitens *Kumer*[5]). Es folgen die Fälle von *Hagen*[3]) und *Dammann*[1]). Mit der Zahl der beobachteten Fälle wird die Erkrankung genauer studiert; es werden verschiedene Symptome angegeben, das pathologisch-anatomische Bild angeführt; allmählich werden die ätiologischen Momente und die Pathogenese in groben Umrissen angedeutet, die Bedeutung der Immunisierung und der Allergie, des Virulenzgrades der Mikroorganismen usw. in Betracht gezogen.

Natürlich kann, da unsere Bekanntschaft mit dieser Erkrankung kaum 1—2 Jahre beträgt, von zusammenfassenden Ergebnissen noch keine Rede sein; dies ist Zukunftssache. Vorläufig befinden wir uns im Stadium der Forschung, im Stadium der Feststellung ihrer allgemeinen Merkmale.

Die Frage ist höchst interessant vom allgemein pathologischen wie auch vom praktischen (Differentialdiagnose und Therapie) Standpunkt aus, zu deren Erläuterung möglichst viele Beobachtungen und Untersuchungen nötig sind. Und dies um so mehr, als die Gegenbeziehungen der am Anfang aufgezählten

Digitized by Google

verschiedenen Formen der verwandten Krankheitsbilder uns heutzutage noch weitaus nicht klar sind. Wenn die hier besprochene Erkrankung Ähnlichkeit mit einer ganzen Reihe chronischer Eiterungen aufweist, so bestehen anderseits auch wesentliche Unterschiede. Nehmen wir z. B. die ihr anscheinend am nächsten stehende Folliculitis et Perifolliculitis abscedens et suffodiens, wie auch die Folliculitis cicatricans nuchae. Während die chronische serpiginöse Pyodermie die Kopfhaut nicht befällt, entwickelt sich die erstgenannte Erkrankung ausschließlich am Kopf (Eigenschaften der behaarten Kopfhaut?). Die zweite Erkrankung zeichnet sich durch die Tendenz, das Bindegewebe keloidartig zu verändern, aus.

Alle diese Formen müssen unter dem Gesichtswinkel unserer neuen Lehren erforscht und nachgeprüft werden: für jede dieser Formen müssen die morphologischen Angaben und andere Merkmale genau beschrieben werden, und jede Erkrankung dieser Gruppe muß den ihr zugehörigen Platz erhalten.

Als einen Beitrag zur Erforschung der serpiginösen Form der Pyodermia chronica bringen wir eine kurze Beschreibung von drei von uns beobachteten Fällen.

*Fall 1**). Frau F. 58 Jahre alt, Jüdin aus Jitomir. Haushälterin. Aufnahme in die Klinik 1. 8. 1926 wegen einer Hautaffektion im Gebiete des Halses und der Brust. Als krank betrachtet sie sich seit 6 Jahren. Ihrer Angabe nach begann die Krankheit mit dem Auftreten, nach überstandenem Typhus, von „Abszessen" in der Achselhöhle. Die „Abszesse" wurden eröffnet, die an der Schnittstelle entstandenen Geschwüre wollten nicht recht heilen; bei Heilung an einem Ende breiteten sie sich am anderen weiter fort. Die Kranke befand sich die ganze Zeit in Behandlung. Vor einem Jahre wurde sie zweimal mit Röntgenstrahlen belichtet; unmittelbar vor dem Eintritt in die Klinik hat sie zehn Flaschen der Biettschen Arznei genommen. Alles ohne Erfolg. Als überstandene Erkrankungen nennt sie irgendeine typhöse Erkrankung (1920). An Kinderkrankheiten erinnert sie sich nicht. Menses mit 16 Jahren, normal. Klimax mit 45 Jahren. Nicht erblich belastet.

Status praesens: Eine Frau von kleinem Wuchs, regelmäßigen Bau, unterernährt. Die Haut mit Ausnahme der befallenen Stellen nicht verändert. Schleimhäute blaß. Die der Palpation zugänglichen Drüsen nicht verändert. Sehnenreflexe o. B.; Konjunktival- und Würgereflexe fehlen. Deutlich ausgesprochener roter Dermographismus. Körpergewicht: 48,8 kg. Innere Organe o. B.

Die Hautaffektionen bilden zwei Herde von chronisch entzündlichem Charakter (Abb. 1). Der erste befindet sich im Gebiete des linken Schulterblattes, ist von Handtellergröße, charakteristischer livider Verfärbung; er

*) Die Kranke wurde in der Sitzung der Sektion für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Medizinischen Vereins zu Kiew am 14. 11. 1926 demonstriert.

Digitized by Google

liegt parallel der Wirbelsäule in 3—4 cm Entfernung davon, ist bogenförmig begrenzt, etwas erhaben über das Niveau der Haut und bedeckt von Geschwüren von Hirsekorn- bis Markstückgröße. Stellenweise sitzen Krusten, nach deren Entfernung sieht man oberflächliche Geschwüre, stellenweise bestehen zahlreiche Fistelgänge, welche das befallene Gebiet wie ein Sieb durchbohren; diese Gänge sind kaum zu sehen, aber dank dem Herausquellen von Eiter beim Druck leicht zu finden. Die Geschwürsränder sind ungleich, infiltriert, etwas erhaben über das Niveau der Haut, unterminiert: die Sonde dringt leicht 1—2 cm unter den Rand ein. Der Geschwürsboden liegt oberflächlich, ist vom eitrigen Detritus bedeckt. Ein zweiter ebensolcher Herd im Gebiet des linken Schlüsselbeins ist keilförmig, liegt diesem in seiner ganzen Länge parallel. Zwischen diesen beiden Herden verläuft oberflächlich ein

Abb. 1.

dünner, glänzender, beweglicher, violett verfärbter Streifen von narbigem Bindegewebe, welcher auf das Gebiet der linken Mamma und die seitliche Partie der Brust übergreift, wie auch auf die Vorder- und Innenfläche der linken Schulter und weiter auf das Schulterblattgebiet derselben Seite, nach links und nach unten vom hier befindlichen ersten Herd.

Wassermann und *Pirquet* negativ; subkutane und peritoneale Impfungen von Stückchen des kranken Gewebes an acht Meerschweinchen riefen bei diesen keine tuberkulosen Erscheinungen hervor. Eitereinsaaten auf Serumagar aus geschlossenen Herdchen und von Gewebestückchen ergaben Staphylococcus-pyogenes-albus- und aureus-Kulturen (vorwiegend aureus); bei Einsaat desselben Materials auf das *Sabouraud*sche Medium kein Wachstum; Bluteinsaat (Bouillon) steril. *Vidal*sche Reaktion mit Staphylococcus aureus positiv (1:25). Die Komplementbindungsreaktion nach *Bordet-Gengou* mit Staphylokokkenantigen negativ. Blutbild: rote Blutkörperchen 4 430000; weiße

Digitized by Google

Blutkörperchen 9300, darunter: polynukleäre 49,0%; basophile 5,0%; Lymphozyten 41,0%; eosinophile 3,0%; Übergangsformen 2,0%. Farbenindex 0,93; Hb = 85%. Urin: Sp.G. 1026; 24stündige Menge 1200 ccm; R. sauer. Zuckergehalt 6‰. Im übrigen o. B.

Biopsie. Mikroskopische Untersuchung (Abb. 2). Stellenweise Fehlen, stellenweise dagegen Hyperkeratosis des Stratum corneum. Vermehrung der Schichten des Str. granulosum. Str. Malpighi ödematös durchtränkt, eine gewisse Akanthosis. Hier und da zwischen den Epidermiszellen kleinzellige Infiltration. Die Papillen der Haut etwas vergrößert, leicht infiltriert. Das Infiltrat wird mächtig im Str. reticulare. Es besteht vorwiegend aus lymphoiden, plasmatischen, epitheloiden und einer großen Anzahl von Riesenzellen (vom Typus *Langhaus*). Im Gebiete des Infiltrates sind die elastischen

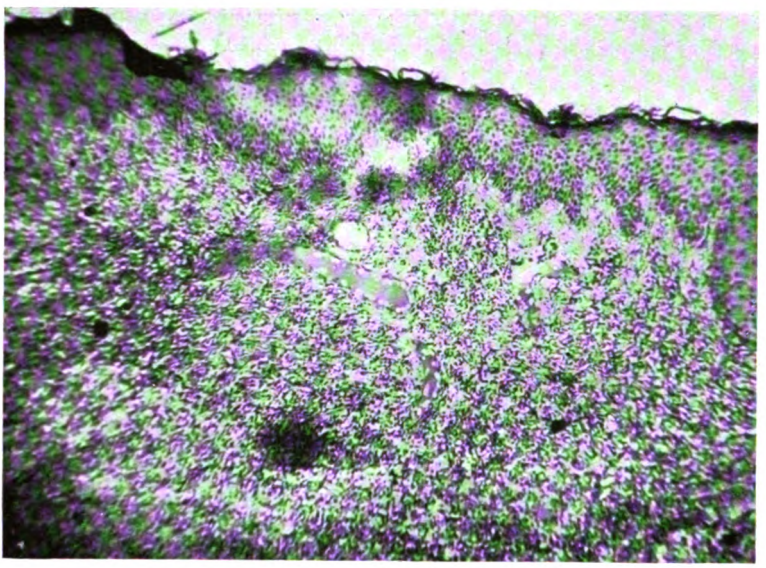


Abb. 2. Zeiß, Oc. 4, Obj. 7.

Fasern zerstört. Im Infiltrat keine Drüsen und keine Follikel. Die Lymph- und Blutgefäße sind erweitert.

Behandlung. 1. 8. bis 1. 9. Hautabwaschungen mit Sublimatspiritus (1‰), Jodoform als Puder oder Unguentum. 1. 9. bis 15. 10.: Injektionen von 1% As; lokale Behandlung Fön, Umschläge aus Sublimatspiritus (1‰). 16. 10. bis 19. 10. 9 Autovakzineinjektionen (300 Millionen in 1 ccm). 19. 11. 1926. Auf allen vorher befallenen Stellen ein glattes glänzendes, lividzellen (vom Typus *Langhanns*). Im Gebiete des Infiltrates sind die elastischen genommen; kein Zucker im Urin. Fühlt sich bedeutend kräftiger. Entlassung. Am 28. 8. 1927. Die Kranke bleibt gesund, rezidivfrei.

*Fall 2**). Kranker D. Slawe. 40 Jahre alt. Landwirt. Am 26. 1. 1927 Aufnahme in die Klinik wegen Hauterkrankung am linken Unterschenkel. Betrachtet sich als krank seit 2 Jahren. Die Erkrankung äußerte sich zu-

*) Wurde am 6. 3. 1927 in der Kiewschen Dermatologischen Gesellschaft demonstriert.

Digitized by Google

nächst durch Auftreten eines kleinen Geschwürs an einer gekratzten Stelle; das Geschwür vergrößerte sich allmählich und wurde zum Schluß zwei Handteller groß. Er ließ sich mit Volksmitteln behandeln. Bis dahin immer gesund, von Kinderkrankheiten weiß er nichts, erinnert sich bloß an eine Verbrennung beider Unterschenkel. Ist verheiratet, hat sechs Kinder. Früher Alkoholabusus. Mäßiges Rauchen.

Status praesens. Gut gebauter, hochgewachsener Mann, etwas unterernährt. Die Haut bietet keine Abweichungen dar, mit Ausnahme des linken Unterschenkels und der linken Fußsohle. An den genannten Stellen eine ausgedehnte atrophische Narbe und Kontraktur des vierten und fünften Fingers (Folgen der Verbrennung). Schleimhäute blaß-rosa. Im unteren Drittel des linken Unterschenkels (Abb. 4) ein chronisch entzündlicher Herd von zwei

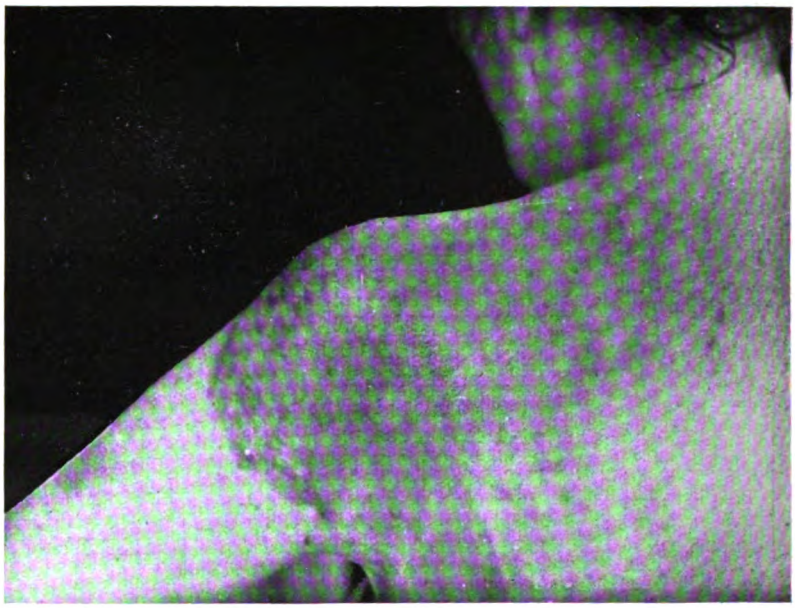


Abb. 3.

Handteller Größe, von bläulich-roter Farbe mit ziemlich tiefen Geschwüren von violetter Farbe, deren unregelmäßige, infiltrierte, weit unterminierte Ränder sich wallartig über das Niveau der umgebenden Haut erheben. An jeder Stelle des befallenen Gebietes quillt beim Druck, sowohl unter den Rändern, wie aus dem befallenen Gewebe selbst aus unsichtbaren Öffnungen der Fistelgänge eine dicke eitrige Masse hervor. Der Geschwürsgrund ist zum Teil von Eiter, zum Teil von gelblich-braunen Krusten bedeckt. Das erkrankte Hautgebiet verbreitet einen unangenehmen Geruch. Innere Organe, Nerven und Urogenitalsystem o. B. Lymphdrüsen nicht palpabel. Körpergewicht 65,6 kg. *Pirquet*sche Reaktion schwach positiv, *Wassermann* negativ. In Eiterausstrichen aus geschlossenen Herden Gram. + Kokken. Subkutane und intraperitoneale Impfungen von exzidierten Gewebestückchen an vier Meerschweinchen gaben keine tuberkulose Erkrankung. Bei Eiteraussaaten aus geschlossenen Herden und vom Gewebe auf Serumagar-Staphylococcus

Digitized by Google

pyogenes aureus. Dasselbe Material auf *Sabouraud*medium ergab kein Wachstum. Bluteinsaat in Bouillon steril. *Vidal*sche Agglutinationsreaktion mit Staphylococcus pyogenes aureus und Komplementbindungsreaktion nach *Bordet-Gengou* mit demselben Erreger als Antigen negativ. Blutbild: rote Blutkörperchen 5 700000; weiße Blutkörperchen 8400; davon polynukleäre 65%, basophile 3,0%, Lymphozyten 28,0%, eosinophile 2,0%; Übergangsformen 2,0%, Hb. 85%, Urin o. B.

Biopsie. Mikroskopische Untersuchung (Abb. 5). Stratum corneum fehlt stellenweise, stellenweise Hyper- resp. Parakeratosis. Str. granulosum schwach ausgebildet, etwas ödematös. Im Str. Malpighi ausgesprochene Spongiosis und Akanthosis; die Schichtenzahl vermehrt; zwischen den Zellen dieser Schicht

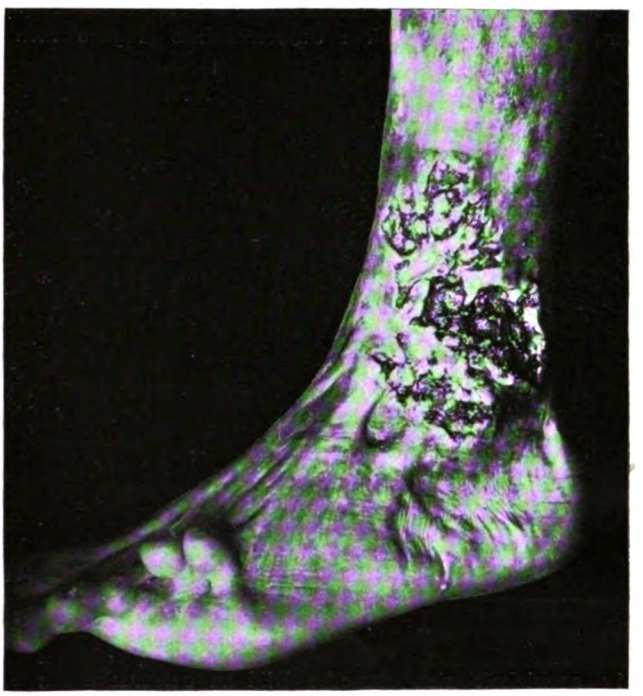


Abb. 4.

stellenweise lymphoide Elemente. Stratum papillare stark ödematös, die Papillen verlängert, stellenweise verdickt; die Kapillaren mit Blut gefüllt; um diese eine kleinzellige Infiltration, hauptsächlich aus Lymphoiden und Plasmazellen. In tiefen Kutisschichten zwischen den erwähnten Zellen gibt es auch eosinophile und epitheloide Zellen. Lymph- und Blutgefäße erweitert, deren Anzahl vergrößert. In den Gefäßen Schwellung der Wandendothelien, im Gebiete der ausgebildeten Infiltrate ist das elastische Gewebe zerstört; in den Infiltraten keine Drüsen und keine Haarfollikel.

Behandlung 27. 1. bis 15. 2. 1927: lokale Bäder, Jodoform, Arseninjektionen (1%). 15. 2. bis 25. 2.: Fön, Umschläge aus 1‰ Sublimatspiritus. Sichtbare Epithelisierung. 25. 2.: Der ganze befallene Herd ist durch eine breite epithelisierte Brücke in zwei Teile getrennt. Im oberen zwischen linsen-

Digitized by Google

großen Geschwüren multiple Epithelinseln; im unteren ebenfalls herdweise Epithelisierung, aber mit Tendenz zum weiteren serpiginösen Fortschreiten im Gebiet des äußeren Fußknöchels. Allgemeiner Zustand befriedigend. Gewichtszunahme von 2 kg. Aus Familiengründen verlangte der Kranke plötzlich entlassen zu werden.

Fall 3. Frau T. Slawin. Am 23. 3. 1927 wird sie wegen Erkrankung an einem Unterschenkel in die Klinik eingeliefert im Kachexiezustand, welchen sie selbst und ihr Mann als hoffnungslos lebensbedrohlich betrachten. Betrachtet sich als krank seit 3 Jahren. Nach den Angaben der Kranken begann die Krankheit mit der Bildung eines kleinen Abszesses am linken Dorsum pedis, verursacht durch Reibung des Schuhes; an der Stelle des Abszesses blieb ein Geschwürchen, welches sich allmählich verbreitend die ganze innere und hintere Oberfläche des linken Unterschenkels eingenommen hat. Fast

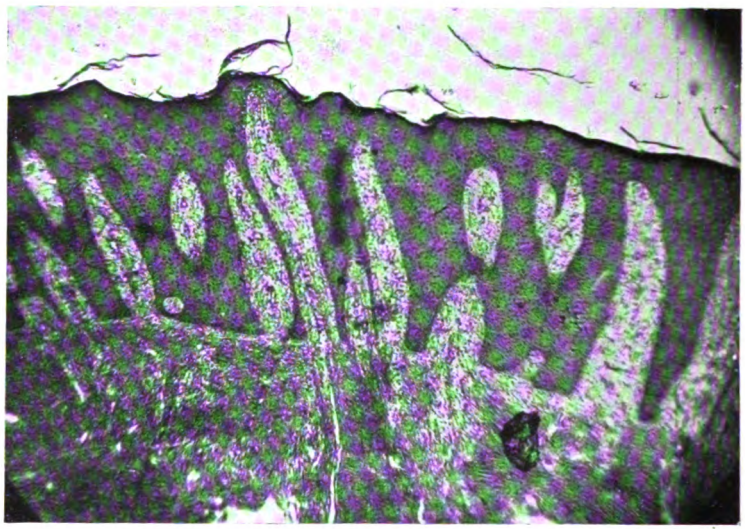


Abb. 5. Zeiß, Oc. 4, Obj. 7.

gleichzeitig entwickelt sich dasselbe Bild an entsprechenden Stellen des rechten Fußes und in der linken Leistengegend. Behandlung: Sodaumschläge. Im Laufe eines Monats heilte der rechte Fuß und die linke Leistengegend. Am linken Unterschenkel schreitet der Prozeß weiter fort. Von überstandenen Krankheiten berichtet sie vom Fleck- und Rückfallfieber, ebenso über Blutdiarrhöe. An Kinderkrankheiten erinnert sie sich nicht. Menses mit 17 Jahren von regelrechtem Verlauf. Verheiratet, hat drei Kinder.

Status praesens. Eine mittelgroße Frau von normalem Bau, in sehr schlechtem Ernährungszustand. Die Haut ist blaßgelblich, trocken, welk; das Unterhautfettgewebe ist schlecht entwickelt. Das Muskel- und Knochensystem normal. Es ist eine Beugung als Schonungsstellung des linken Kniegelenks zu bemerken. Innere Organe, Lungen und Bauchorgane o. B. Seitens des Herzens etwas leise Töne. Lymphdrüsen nicht palpabel. Die Kniereflexe erhöht lebhaft, ein langsamer roter Dermographismus. Körpergewicht 44,8 kg.

Digitized by Google

Die Hauterkrankung (Abb. 6) nimmt die innere — dorsale Oberfläche des unteren Drittels am linken Unterschenkel ein und stellt einen chronisch entzündeten Herd dar, von bläulich-roter Farbe mit stellenweise ausgesprochenem violetten Ton. Die Oberfläche ist von Geschwüren von Mark- bis Dreimarkstückgröße bedeckt und durch zahlreiche Fistelgänge mit kaum sichtbaren Ausgangsöffnungen durchbohrt. Die Ränder des Geschwürs sind infiltriert, erheben sich etwas über das Niveau der umgebenden Haut, sind stark unterminiert und zeichnen sich durch eine intensiv blau-violette Farbe aus. Der Grund der Geschwüre ist nicht tief, teilweise von Eiter, teilweise von Krusten bedeckt. Auf der erkrankten Hautoberfläche bestehen hier und

Abb. 6.

da schwammig ödematöse Gebiete über Markstückgröße, bedeckt von papillären Wucherungen. Dazwischen fistulöse Gänge, aus welchen sich Eiter ausdrücken läßt. Der erkrankte Herd ist schmerzhaft und hat einen unangenehmen Geruch. *Pirquet* und *Wassermann* negativ. In Eiterausstrichen aus geschlossenen Herden Staphylococcus pyogenes aureus und einzelne Streptokokkenkolonien. Die Einimpfung an zwei Meerschweinchen von Stückchen des befallenen Gewebes rief keine tuberkulöse Erkrankung hervor. Die Eiteraussaaten aus geschlossenen Herden auf Serumagar ergaben eine Staphylococcus-pyogenes-aureus-Kultur. Bei Einsaaten desselben Materials auf *Sabouraud*schem Medium kein Pilzwachstum. Die Einsaat von 2 ccm Blut in Bouillon blieb steril. Die *Vidal*sche Reaktion mit Staphylococcus pyogenes

Digitized by Google

aureus und die Komplementbindungsreaktion *(Bordet-Gengou)* fielen negativ aus. Blutbild: rote Blutkörperchen 5400000, weiße Blutkörperchen 8100; davon polynukleäre 79,0%, basophile 3,0%, Lymphozyten 14,0%, eosinophile 1%, Übergangsformen 3%, Hb 85%, Urin o. B.

Mikroskopisches Bild bei der Biopsie des befallenen Gewebes; Str. corneum und zum Teil auch Str. granulosum und Str. Malpighi sind verdickt. Im letzten Akanthosiserscheinungen, zwischen den Zellen eine gewisse ödematöse Durchtränkung. Im Str. papillare stellenweise nicht scharf ausgesprochene Nekrosiserscheinungen; Kapillaren erweitert; es sind kleine Blutergüsse und Pigmentanhäufungen zu sehen; stellenweise Verlängerung der Papillen. Eine bedeutende Infiltration mit bindegewebigen, lymphoiden und plasmatischen Zellen. Im Str. reticulare Höhlen von rundlicher oder ovaler Form mit epithelial ausgekleideten Wänden. In deren Umgebung sehr ausgesprochene kleinzellige Infiltration von oben beschriebenem Typus und stellenweise Blutergüsse. Im Gebiet der Infiltration fehlen elastische Gewebe, Drüsen und Haarfollikel. Blut- und besonders Lymphgefäße erweitert.

Behandlung: 23. 2. bis 14. 5. 1927. Bäder, Fön, Umschläge aus Sublimatspiritus (1‰). Arseninjektionen (1%). 15. 5. Stellenweise weiteres serpiginöses Fortschreiten des Prozesses; parallel den serpiginösen Rändern Inzision bis zum Unterhautzellgewebe; Abreiben mit einer mit Spiritus verdünnten Tin. Jodi (1:6). 15. 5. bis 23. 5. Fortschreitende Heilung, wegen des an einer Stelle bestehenden serpiginösen Fortschreitens des Prozesses neue erfolgreiche Inzision. 25. 5. Die ganze Oberfläche des befallenen Gebietes ist vom Epithel bedeckt und stellt eine glatte Narbenoberfläche dar. Die Kranke fühlt sich gut, kann selbständig gehen, hat 4,8 kg Körpergewicht zugenommen, wird aus der Klinik entlassen*).

Wenn wir nun unsere Fälle genauer betrachten, so sehen wir, daß in allen 3 Fällen es sich um Personen in schlechtem Ernährungszustand handelt. Dies war besonders bei den Frauen F. und T. ausgesprochen. Bei der Kranken F. war dies teilweise durch die Glykosurie bedingt. Bei der so lange Zeit bettlägerigen Kranken T. mit temporärer Kontraktur des linken Knies, welche alle Angehörigen als zu Tode verurteilt betrachteten, ist es ja natürlich, daß die Erschöpfung mehr oder minder ausgesprochen ist.

Zwei unter drei unserer Kranken waren Frauen. Es ist interessant zu vermerken, daß *Zurhelle* und *Klein* wie auch *Kumer* über ein Überwiegen von Männern berichten. Möglich, daß dies an der vorläufig ungenügenden Beobachtungszahl als

*) Außer diesen Fällen hatte der eine von uns *(A. T.)* Gelegenheit gehabt, noch zwei weitere Fälle zu beobachten. Eine im Haushalt beschäftigte Jüdin, 35 Jahre alt, im Zustand sehr herabgesetzter Ernährung mit handtellergroßem Geschwür im Hypogastrium, und ein Landwirt, 26 Jahre alt, Slawe mit geschwüriger Erkrankung an der rechten Schulter.

Über den ersten klinisch behandelten Fall blieb uns keine Krankengeschichte erhalten; der zweite Fall war ambulatorisch behandelt und konnte nicht allseitig untersucht werden.

Digitized by Google

an tatsächlicher Bevorzugung des einen Geschlechtes liegt. In diagnostischer Beziehung stellen unsere Fälle, falls man die besprochene Erkrankung nicht außer acht läßt, keine besondere Schwierigkeit dar. Das Fehlen der typischen Tuberkel als Vorstadium der Geschwürbildung, deutliche Unterminierung der Ränder ohne Festonenbildung, deren typische bläulich-rote Farbe, die Heilung unter Entstehung einer glatten, livid verfärbten Narbe, das Fehlen der *Wassermann*- und *Pirquet*-Reaktionen (mit Ausnahme des Falles D., wo *Pirquet* schwach positiv ausfiel). der Nachweis in Gewebeeinsaaten von Staphyloc. pyog. aureus ließen keinen Zweifel betreffs der Diagnose schon bei klinischer Beobachtung auftreten. Die pathologisch-histologische Untersuchung und der gute Erfolg der einfachen Therapie bestätigen sie.

In allen drei Fällen bestand ein Bild der chronischen Entzündung mit Infiltratbildung, wo außer den lymphoiden noch eine große Menge Plasmazellen, zuweilen epitheloiden und in einem Falle von Riesenzellen vorhanden war. Kurz gesagt, es war ein typisches Bild eines Granuloms vorhanden. Wir sehen aber nicht, auch nicht im ersten Falle, eine an tuberkulöse Herde erinnernde Verteilung der Zellenelemente im Infiltrat. Wie es den Granulomen eigen ist, führt das Auftreten des Infiltrates zur Zerstörung der elastischen Fasern, der Drüsen und Follikel. Bemerkenswert ist die Wirkung der Staphylokokken, welche es erlaubt, ihn neben solche pathogener Mikroben zu stellen, wie den Tuberkulosebazillus, den B. leprae, die Syphilisspirochäten usw.

Die Epithelveränderungen wiederholen im wesentlichen das Bild, welches überhaupt für die Entzündung in diesen Schichten charakteristisch ist. Teilweise Hyper- und Parakeratosis, Spongiosis und Akanthosis. Diese letzte war besonders im Fall 2 stark ausgesprochen. In einem Falle (3) waren im Zentrum der akanthotischen Hervorragungen Degenerationserscheinungen des Epithels sichtbar. Außerdem ist die starke ödematöse Durchtränkung der Papillen im Fall 2 zu beachten.

Wie gelangen die Staphylokokken in das Gewebe und wie entwickelte sich der Prozeß? Die Möglichkeit des Eindringens der Erreger in die Haut war im Fall I anscheinend durch die Abszesse, welche vor der Hauterkrankung bestanden, geschaffen; in beiden anderen Fällen — die unvermeidlichen äußeren Traumen des täglichen Lebens sind. Natürlich sind solche Ursachen täglich anzutreffen. Nichtsdestoweniger ist die

Digitized by Google

besprochene Erkrankung nicht sehr oft anzutreffen. Zweifellos genügt die Tatsache des Eindringens der Staphylokokken in das Bindegewebe allein noch nicht, um das beschriebene Krankheitsbild hervorzurufen. Anscheinend sind noch irgendwelche Faktoren erforderlich. Der eine ist zweifellos die Abschwächung des Organismus. Wie es auch in der Literatur vermerkt ist und was auch bei unseren Kranken der Fall war, war der Ernährungszustand stark herabgesetzt. Unter diesen Bedingungen konnte die Reaktion der Haut eine ganz veränderte sein. Die pathologisch-anatomische Untersuchung allein kann uns keine endgültige Erklärung dieser Frage geben. Wir haben hier mit einer biologischen Erscheinung zu tun, und unter diesem Gesichtspunkte sollen wir sie auch auffassen. *Dammann* und *Kumer* haben in ihren Fällen die allergische Reaktion der Haut gegenüber den bei den betreffenden Kranken aufgefundenen Erregern der chronischen Entzündung studiert und konnten zu keinen positiven Ergebnissen kommen. Dies widerspricht aber nicht der Annahme über das Bestehen einer Hautallergie, welche von den genannten Autoren nicht nachgewiesen werden konnte. Daß diesen unbekannten Hauteigenschaften in dieser Beziehung eine Hauptrolle zukommen kann, ist eine allgemein bekannte Tatsache. Man braucht sich nur zu erinnern an die Entwicklung des Trichophyton tonsurans auf der Kopfhaut ausschließlich bei Kindern, dabei nur bei abgeschwächten und erschöpften; des weiteren an die Furunkulosis, welche vorwiegend Individuen mit „pastöser" Haut befällt und dergleichen mehr. Im Falle I ist es denkbar, daß die Glykosurie eine nicht geringe Rolle in der Entstehung der chronischen Pyodermie gespielt hat; die Tatsache, daß bei der Glykosurie Eiterungserreger in der Haut gut gedeihen, zwar in der Mehrzahl der Fälle in der Form akuter, wenn auch rezidivierender Prozesse, ist uns ja wohl bekannt*).

Natürlich ist die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, daß dem Reagieren der Haut in Form einer chronischen und nicht einer akuten Entzündung eine gewisse Bedeutung der Virulenzveränderung der Erreger zukommt. Zum mindesten hat *Dammann* in seinem Fall eine Herabsetzung der Virulenz der Sta-

*) Im Frühjahre 1927 befand sich in der Klinik zur Behandlung ein an Glykosurie leidender 23jähriger Mann mit außerordentlich üppiger Haut-trichophytie, sowohl der Kopfhaut, wie der unbehaarten Teile.

Digitized by Google

phylococcus aureus- und Streptococcus viridans-Stämme, welche die Pyodermie hervorgerufen haben, feststellen können.

Indem wir zum morphologischen Bild und den pathologisch-anatomischen Veränderungen, welche es gestalten, zurückkehren, müssen wir die Vielgestaltigkeit des Krankheitsbildes, welches bei dieser Erkrankung beobachtet wird, vermerken. Die Lokalisation ist eine sehr verschiedene; vielleicht bilden die Extremitäten die Prädeliktionsstelle.

Die Geschwüre sind verschiedener Größe, bald mit starker, bald mit schwächerer Tendenz zum Serpiginieren; nicht selten wird eine Tendenz zu papillären Wucherungen beobachtet — darum eine Absonderung der vegetierenden Formen *(Zurheile* und *Klein, Kumer)*. Der Prozeß ist bald ein mehr oberflächlicher *(P. serpiginosa chronica superficialis)*, bald dringt er in die Tiefe ein: die Mehrzahl der beschriebenen Fälle, unsere inbegriffen. In diesem letzten Fall steht der Prozeß bald in Beziehung zu den Follikeln *(Kumer)*, bald ist dies nicht der Fall, und der Prozeß lokalisiert sich zunächst im Epithel *(Dammann)*. In allen unseren 3 Fällen war eine deutliche Beziehung zum follikulären Apparat nicht nachweisbar, wie klinisch so auch pathologisch-anatomisch; es bestanden bei unseren Kranken auch keine papillären Wucherungen. Bloß in einem Falle (M.) könnte man von Andeutungen auf etwas Derartiges sprechen.

Darum, indem wir die papillären Wucherungen nicht als ständiges Symptom betrachten, möchten wir folgende Formen unterscheiden:

1. *Pyodermia chronica serpiginosa erosiva*,
2. *Pyodermia chronica serpiginosa ulcerosa*.

Der Kürze halber kann man sie *Pyodermia erosiva* resp. *ulcerosa* nennen.

Diese letzte kann ihrerseits in zwei Unterarten eingeteilt werden:

a) Der Prozeß beginnt an den Follikeln oder im perifollikulären Gewebe.

b) Es besteht kein Zusammenhang mit den Follikeln. Der Eiterungserreger dringt in die Haut anscheinend durch Läsionen der Haut.

Sowohl bei oberflächlicher wie bei tiefer Pyodermie können papilläre Wucherungen beobachtet werden.

Unsere Fälle müssen also als *Pyodermia ulcerosa* oder genauer als *Pyodermia chronica serpiginosa ulcerosa* bezeichnet werden.

Digitized by Google

Zusammenfassung.

1. Die chronischen Formen der serpiginösen Pyodermie sind anscheinend nicht gar so selten und werden, da sie uns wenig bekannt sind, wohl oft übersehen.

2. Indem sie eine klinische Ähnlichkeit mit allerverschiedensten Hauterkrankungen, welche zur Läsion der Haut führen, darstellen, verlaufen sie entweder als erosive oder als ulzeröse Form. Die letzte steht entweder im Zusammenhang mit dem Drüsenapparat oder entwickelt sich auch ganz unabhängig von ihm.

Abb. 7.

3. Die anatomischen Veränderungen tragen den Charakter einer chronischen granulierenden Entzündung.

4. Die Ursachen, warum die Haut auf das Eindringen von Entzündungserregern nicht mit akuter, sondern mit chronischer Entzündung reagiert, sind wohl Erschöpfung des Organismus, die veränderte Reaktivität der Haut und möglicherweise die Virulenzveränderung der Mikroorganismen.

5. Morphologisch sind 2 Formen der serpiginosen chronischen Pyodermia zu unterscheiden: eine erosive und eine ulzeröse.

6. Eine weitere Erforschung dieser Erkrankung und eine genaue Feststellung ihrer Beziehungen zu anderen Formen der

Digitized by Google

chronischen Pyodermie — wie Sykosis vulgaris, Dermatitis papillaris capillitii usw. erscheint notwendig.

Anmerkung bei der Korrektur.

Seit 2. 9. 1927 steht zunächst in ambulatorischer Behandlung, dann in klinischer (Aufnahme am 20. 9.) eine 45 Jahre alte Jüdin (Abb. 7) mit *Pyodermia chronica serpiginosa ulcerosa* im Gebiet der linken behaarten Kopfhälfte. Das befallene Gebiet ist handtellergroß, hat eine glatte Narbenoberfläche im Zentrum und geschwürige, unterminierte Ränder an der Peripherie, ist von regelmäßiger, runder Form. Im Eiter aus geschlossenen Herden ist *Staph. pyogenes aureus* nachgewiesen. Die Agglutinationsreaktion mit dem genannten Erreger = + (1:2800). Pirquet = —. Wa.R. = —. Das mikroskopische Bild ist dem in beiden letzten Fällen beschriebenen ähnlich. Der der Therapie trotzende und 5 Jahre lang unaufhörlich serpiginierende Prozeß hielt in kurzer Zeit still unter dem Einfluß von Sublimatspiritusumschlägen und wies eine deutliche Tendenz zur Ausheilung auf.

Literaturverzeichnis.

[1]) *Damman, F.*, Arch. f. Derm. u. Syph. 1927. *153*. 278. — [2]) *Fischl, F.*, ibid. 1922. *139*. 154. — [3]) *Hagen*, Derm. Wschr. 1926. *83*. 1848. — [4]) *Hoffmann, H.*, Arch. f. Derm. u. Syph. 1926. *150*. 154. — [5]) *Kumez, L.*, Derm. Ztschr. 1926. *48*. 1. — [6]) *Tschernoguboff, N.*, Arch. f. Derm. u. Syph. 1925. *149*. 76. — [7]) *Zurhelle, E.* u. *Klein, J.*, ibid. 1926. *151*. 389. — [8]) *Dieselben*, Derm. Ztschr. 1926. *46*. 63.

III.

(Aus der dermatologischen Abteilung des Wilhelminenspitales in Wien [Vorstand: Prof. Dr. *M. Oppenheim*].)

Bromexanthem vom Typus eines Pemphigus vegetans et serpiginosus.

Von

Dr. ALFRED FESSLER.

Im nachstehenden ist über einen Fall[1]) von schwerer Schädigung der Haut durch Brom berichtet, der nicht nur wegen der Klinik, sondern insbesonders wegen der Therapie beachtenswert erscheint.

Auszug aus der Krankengeschichte: N. B., 39 Jahre, Schneiderin. Frühjahr 1926 Gelenksentzündung. Seither häufig Schmerzen in den unteren Extremitäten, Herzbeschwerden vorwiegend nervöser Art und Schlaflosigkeit.

[1]) Vorgestellt von *Oppenheim* in der Wiener derm. Gesellschaft. Sitzung vom 23. 6. 1927.

Digitized by Google

Aus diesen Gründen nahm Patientin ständig ziemlich hohe Dosen von Brompräparaten, hauptsächlich Bromkalium und Sedobrol (Br. Na.). April 1927, ungefähr nach einem Jahre, traten auf beiden Unterschenkeln zahlreiche Pusteln auf, die rasch an Größe zunahmen, konfluierten und große, sehr schmerzhafte, zeitweise stark eiternde Geschwüre bildeten, die sich dann mit festhaftenden, braunschwarzen Krusten bedeckten. Am übrigen Körper traten nur spärliche Pusteln auf. Die Geschwüre nahmen trotz intensiver Behandlung mit verschiedenen Salben ständig an Größe zu. Von einem Arzte wurde die Erkrankung für eine Pyodermie gehalten, und die Geschwüre wurden vergeblich mit Antivirus behandelt. Am 9. 6. 1927 suchte die Patientin die Abteilung auf, nachdem sie noch in der letzten Zeit wegen der großen Schmerzen besonders hohe Dosen von Sedobrol zu sich genommen hatte.

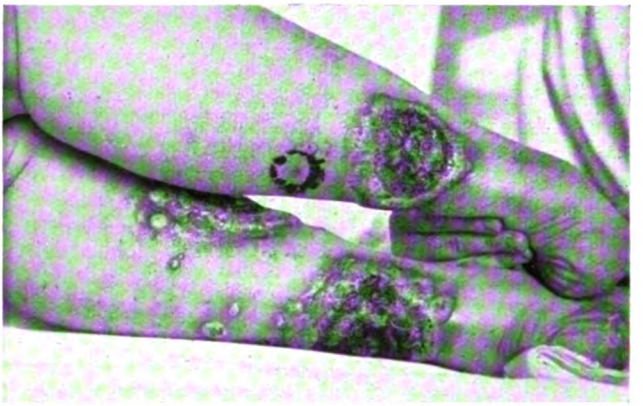
Status praesens: Der allgemeine somatische Befund bot keine Besonderheiten. Temperatur um 37°. Wa.R. negativ, Pirquet positiv. Auf beiden Unterschenkeln fanden sich mehrere annähernd gleichgroße, runde Effloreszenzen von eigenartigem kokarden- oder zielscheibenähnlichem Aussehen, und zwar in folgender Verteilung. Rechter Unterschenkel: Je eine runde, ungefähr handtellergroße Effloreszenz an der Hinterseite, handbreit über der Ferse und an der Vorderseite, ungefähr in der Mitte. Linker Unterschenkel: Je eine annähernd kreisrunde Effloreszenz von der gleichen Größe wie die des rechten Unterschenkels, an der Innenseite, handbreit unter dem Knie, und an der Hinterseite, drei Querfinger über der Ferse. Ferner eine durch Konfluenz entstandene achterförmige Effloreszenz von ungefähr 10 cm Länge und 7 cm Breite, ungefähr in der Mitte der Außenseite. Diese Effloreszenzen, die sich in ihrem Aussehen nur wenig voneinander unterschieden, boten folgendes Bild. Das Zentrum bildete eine flach-buckelförmig vorspringende Partie von graubrauner bis schwarzbrauner Farbe und trockener, warziger Oberfläche. Stellenweise kam durch kleine Einrisse ein feindrusiger, unebener Geschwürsgrund zum Vorschein. In ihren peripheren Anteilen zeigten diese Partien einen nicht immer deutlich ausgeprägten, schmalen, grau-braunschwarz gesprenkelten Streifen, der etwas unter dem Niveau lag. Auf diesen folgte dann, durch einen feinzackigen, nicht unterminierten Rand getrennt, eine 1—1½ cm breite, weißrote, fleischfarbene, sukkulente, wallartig erhabene Zone mit stellenweise feindrusiger Oberfläche. Diese Zone grenzte sich mit einem steilen Abfall gegen einen ungefähr 1 cm breiten, teils entzündlich, teils bläulichgrau gefärbten Hof ab, dessen Rötung allmählich gegen die übrige Haut abblaßte. Durch das dunkle, trockene Zentrum, den sukkulenten, hellroten Wall und durch den Entzündungshof wurde das bereits erwähnte einer Zielscheibe gleichende Aussehen hervorgerufen. In den peripheren Anteilen der wallartigen Zone und in den angrenzenden geröteten Hautpartien fanden sich zahlreiche, gelbliche Pusteln von Hirsekorn- bis Hanfkorngröße, die teilweise durch Konfluenz größere, blasige Abhebungen bildeten. Die Konsistenz dieser Effloreszenzen war schwammig weich, ihre Berührung sehr schmerzhaft. Am Stamme und auf den oberen Extremitäten waren noch spärliche, einzelstehende, kleine Pusteln zu finden, von denen nur eine ungefähr haselnußgroße Pustel am linken Oberarm einigermaßen an den schwammigen Charakter der beschriebenen Effloreszenzen erinnerte.

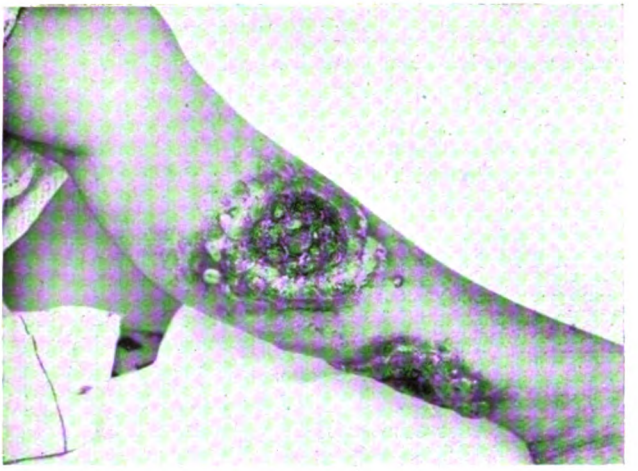
Der *histologische Befund* ergab: Mächtiges Ödem, besonders im Rete Malpighi und in den Papillarspitzen und sehr beträchtliche Akanthose. Ferner Bildung von kleinen, isoliert stehenden Abszessen in der Epidermis und von

Digitized by Google

großen, miteinander konfluierenden Abszessen in der Kutis, die allenthalben gegen die Oberfläche vordringen.

Es handelte sich um eine durch Brom hervorgerufene schwere Hautschädigung, wie sie früher öfter beschrieben wurde (Literatur bei *Jarisch-Matzenauer).* Einen unserem in seinem Kokarden ähnlichen Aussehen fast ganz gleichenden Fall hat *Kaposi* in seinem Atlas abgebildet (Bromakne ex usu bromi





vegetans). In der neueren Literatur finden sich nur sehr wenige Mitteilungen darüber. Meistens handelt es sich um kurze Berichte über einzelne in verschiedenen dermatologischen Gesellschaften demonstrierte Fälle oder um einige in der ausländischen Literatur, vorwiegend in der amerikanischen, veröffentlichte Beobachtungen. In allen diesen Mitteilungen wird auf die Seltenheit des Vorkommens und auf die Schwierigkeit der Dia-

Digitized by Google

gnose hingewiesen. Das vorwiegende Befallensein der unteren Extremitäten wird durch Zirkulationsverhältnisse zu erklären versucht.

Nach der allgemein gültigen Ansicht soll durch Verabreichung von Kochsalz das im Körper noch vorhandene Brom in seiner Wirkung aufgehoben und zum Ausscheiden gezwungen werden.

Demgemäß erhielt die Patientin täglich 5—10 g Na-Cl-oral; lokal wurden Umschläge mit physiologischer Kochsalzlösung angewendet. Außerdem wurde selbstverständlich jegliche Brommedikation eingestellt. Während die Schmerzen bereits nach wenigen Tagen durch die Umschläge nahezu vollkommen verschwunden waren, zeigte sich nach ungefähr einer Woche, daß die Geschwüre trotz der Verabreichung von Kochsalz ihre Progredienz beibehielten. Die Entzündungshöfe verbreiterten sich allmählich, die sukkulenten, wallartigen Partien rückten langsam peripherwärts weiter, und in diesen und in den benachbarten geröteten Zonen, ebenso in der gesunden Haut zwischen den Effloreszenzen traten zahlreiche frische Pusteln auf, die rasch miteinander konfluierten. Ebenso erfolglos wie die Kochsalztherapie, die nach *Bechet* in Amerika allgemein angewendet wird, blieb auch die bei einigen größeren, einzeln stehenden Pusteln angewandte graue Salbe, eine Methode auf die erst neulich von *Jadassohn* hingewiesen wurde. Zu erwähnen ist, daß bereits vor einigen Jahren *Hübschmann* wiederholt über schlechte Erfolge mit NaCl und Hg berichtet hat. Die von diesem Autor empfohlene Therapie mit Calcium chloratum wurde nicht versucht. Im Sekret der sich ziemlich rasch vermehrenden Pusteln wurden grampositive Diplokokken nachgewiesen. Da nun die Gefahr einer Impetigisation bestand, zumal nach *Haxthausen* dem Brom ebenso wie dem Jod ein durch Virulenzsteigerung der Bakterien bedingter „entzündungsbegünstigender Faktor" zukommen soll, wurden die feuchten Umschläge eingestellt und Trockenverbände mit sterilem Talk versucht (25. 6.). Wenige Tage später zeigte sich schon ein voller Erfolg. Die Patientin wurde ganz beschwerdefrei, so daß sie aufstehen und auf die anfangs noch notwendigen Beruhigungsmittel (Tinct. valeriana und Veronal) verzichten konnte. Die zahlreichen Pusteln, sowohl die älteren wie die jüngeren, trockneten unter dem Puderverbande rasch ab; nirgends kam es mehr zu einem frischen Nachschub. Die Entzündungshöfe blaßten sehr schnell ab, die elevierten, wallartigen Partien verloren ihre sukkulente Beschaffenheit und ihre hellrote Farbe. Sie wurden trocken und derb, bedeckten sich mit vom Zentrum her sich vorschiebenden Krusten und flachten innerhalb kurzer Zeit so rasch ab, daß die ganzen Effloreszenzen nach ungefähr einer Woche bereits im Niveau der übrigen Haut lagen und keinerlei Entzündungserscheinungen mehr boten. Unter den andauernd fortgesetzten Trockenverbänden kam es dann zu einer schnell fortschreitenden Epithelisierung der Substanzverluste. Die anfangs noch festhaftenden Krusten stießen sich bald von selbst ab oder ließen sich im Bade leicht ablösen. Am 14. 7. war die Überhäutung vollendet, und die Patientin konnte geheilt entlassen werden.

Der Fall scheint auch durch das eigenartige chemische Verhalten des erkrankten Organismus interessant. Trotz ständig fortgeführter Kontrolluntersuchungen ließ sich niemals im Harn

Digitized by Google

Brom nachweisen. Ebenso negativ verlief die Untersuchung von Stuhl, Pustelsekret und abgestoßenen Krusten. Das Brom war scheinbar besonders fest im Körper verankert und dürfte nur in minimalen, mit der gewöhnlichen Chloroformmethode nicht nachweisbaren Spuren ausgeschieden worden sein. Möglicherweise bestand eine Beziehung zwischen dieser Bromretention und dem Versagen der Kochsalztherapie. Der Versuch, die Bromüberempfindlichkeit auf das Meerschweinchen zu übertragen, gelang nur teilweise. Einem gesunden, jungen Tiere wurden 2 ccm Patientenserum subkutan injiziert. Nach 2 Tagen erhielten das vorbehandelte Tier und ein gleichaltes Kontrolltier je 1 ccm einer 1%igen Bromnatriumlösung subkutan. Bei beiden Tieren trat nach der Injektion ein nur wenige Minuten andauernder Shock auf. Während sich jedoch das Kontrolltier sofort erholte, zeigte das mit Serum geimpfte Tier durch 2—3 Tage deutliche Krankheitssymptome, wie Freßunlust, gesträubtes Fell und eine Parese der hinteren Extremitäten. An der Injektionsstelle trat keinerlei Reaktion auf. Das Tier wurde dann wieder vollkommen gesund.

Zusammenfassung: Ausgedehnte Schädigung der Haut, hervorgerufen durch 1 Jahr lang dauernde Brommedikation. Retention des Broms im Körper. Kein Heilungserfolg mit Kochsalz und grauer Salbe. Rasche Heilung unter Puderverbänden. Teilweise gelungene Übertragung der Überempfindlichkeit auf das Meerschweinchen.

Literaturverzeichnis.

A. Bechet, Bromoderm. Archiv of dermat. a syphil. 12. 1925. Ref. Zentralbl. f. Derm. 19. 1926. — *H. Haxthausen*, Untersuchungen über die Pathogenese der Jod- und Bromakne. Dermat. Ztschr. 35. 1921. — *K. Hübschmann*, Therapie bei Bromoderm. Ceski dermatol. 2. 1921 und 3. 1922. Ref. Zentralbl. f. Derm. 1. 1921 und 9. 1924. — *J. Jadassohn*, Diskussionsbemerkung zu *Scholz-Sadebek*, Bromoderm. Schles. derm. Ges. Breslau. Sitz. v. 5. 7. 1924. Ref. Zentralbl. f. Derm. 14. 1924. — *A. Jarisch* und *M. Matzenauer*, Lehrb. d. Hautkrankh. 1908. — *M. Kaposi*, Atlas der Hautkrankh. 1897.

Digitized by Google

IV.

(Aus der dermatol. Klinik des allgem. Krankenhauses St. Georg zu Hamburg [Leitender Oberarzt: Prof. Dr. *H. Ritter*].)

Zur Kasuistik der phytogenen Berufsdermatosen: Hauterkrankung durch Tabakblätter.

Von

Dr. C. L. KARRENBERG,

Assistent der Klinik.

Wir hatten Gelegenheit, vor kurzem einen Fall von Hauterkrankung bei einer Tabakarbeiterin zu beobachten, der einen interessanten Beitrag zum Kapitel der phytogenen Berufsdermatosen bietet.

Anna D. (18598/26), 48 Jahre, verheiratet. Außer einer Blutvergiftung nach Fingerverletzung durch eine Gräte niemals ernstlich krank. 12 Partus, 3 Aborte; 6 Kinder leben, 2 davon leiden an Epilepsie. Der Mann der Pat. hat chronischen Hautausschlag. Pat. hat insbesondere niemals irgendeinen Hautausschlag gehabt, trotzdem sie als Putz- und Waschfrau viel im Wasser arbeiten mußte.

Am 3. Januar 1927 Eintritt in eine hiesige größere Zigarettenfabrik als „Löserin"; derartige Arbeiterinnen haben die Aufgabe, die zusammengelegten bzw. gepreßten Tabakblätter vorsichtig auseinanderzulösen und sie einzeln auf ein rollendes „Transportband" zu werfen. In den ersten Tagen keinerlei Beschwerden; nach 3—4 Tagen „unangenehmes" Gefühl in den Händen verbunden mit Rötung und Jucken, das aber nach Feierabend nachließ, um am nächsten Tage, etliche Zeit, nachdem Pat. die Arbeit wieder aufgenommen hatte, wiederzukommen und während des ganzen Tages anzuhalten. Ab und zu meinte Pat. auch ein leichtes Brennen im Gesicht zu spüren, das im Laufe der Zeit zunahm. Am 11. Januar, also 8 Tage nach Aufnahme der neuen Arbeit, plötzlich akute Hauterkrankung: Blasenblidung an den Händen, Entzündung der Haut der Hände, des Gesichtes und derjenigen Partien des Halses, die Pat. unbedeckt trug. Dazu schwoll das Gesicht in relativ kurzer Zeit (zirka 2 Stunden) sehr stark an, so daß Pat. die Fabrik verlassen mußte. Zu Hause Rückgang der akutesten Erscheinungen. Am nächsten Tage nach Rückkehr in die Fabrik schwerer Rückfall; die Haut der genannten Partien, mit Ausnahme der Hände, begann jetzt zu nässen. Pat. blieb deshalb der Arbeit fern und begab sich in die Behandlung eines Arztes; relativ schnelle Besserung der Erscheinungen. Nach Rückkehr in die Fabrik wiederum Rezidiv der Schwellung des Gesichtes und Halses; die Hände waren dieses Mal weniger beteiligt. Erneute Behandlung; die Erscheinungen

Digitized by Google

gingen langsamer zurück. Am 11. Februar nochmals Rückkehr in die Fabrik. Nach kurzem Aufenthalt wiederum Auftreten sämtlicher Erscheinungen; nur die Hände blieben dieses Mal vollkommen frei. Am 12. Februar aufgenommen.

Bei der Aufnahme bot Pat. das Bild einer abklingenden Dermatitis des Gesichtes mit noch deutlich bemerkbarer Schwellung, in erster Linie der periorbitalen Bezirke. Zum Mandibularrand hin Stärkerwerden der klinischen Erscheinungen: die Haut ist in der Kinngegend bereits stark gerötet, leicht ödematös. Unterhalb des Mandibularrandes ist die Haut hochgradig verändert: In der Gegend des Pomum adami findet sich eine hochrote, nässende Partie, die in gleicher Intensität sich bis zum vorderen Sternokleidorand beiderseits erstreckt; zum Nacken hin nehmen dann die akuten Erscheinungen an Intensität ab. Nach oben hin geht diese Veränderung bis zum Mandibularrand, nach unten hin wird ihre Begrenzung dargestellt durch den unteren Kragenrand, und zwar ist die Dermatitis gegen die gesunde Haut hin scharf begrenzt. Die Hände sind geringgradig gerötet, ebenfalls die Unterarme. Die übrige Haut der Pat. ist vollkommen intakt, insbesondere finden sich nirgendwo Zeichen eines Ekzems. Der übrige Status bot nichts Bemerkenswertes, deshalb kann auf seine Wiedergabe hier verzichtet werden.

Nach der ganzen Anamnese konnte es sich nur um eine Hauterkrankung handeln, die mit der Beschäftigung der Pat. zusammenhing. Um festzustellen, ob es sich eventuell um eine latente Ekzematikerin handelte bzw. ob die ganze Erkrankung als eine unspezifische Sensibilisierung zu betrachten sei, nahmen wir eine Hautfunktionsprüfung vor mit Formalin, Terpentin und Jodoform (Applikation in Form getränkter Läppchen). Auf Formalin und Jodoform negative Reaktion nach 12 und 24 Stunden, auf Terpentin war die Reaktion nach 12 Stunden ganz schwach positiv; gleicher Effekt nach 24 Stunden. Da wir zur Zeit dieser Beobachtungen im Rahmen anderer Fragestellungen noch weitere Hautprüfungen an unseren Patienten vornahmen, seien, obwohl eigentlich nicht hierher gehörig, auch deren Ergebnisse mitgeteilt; es handelt sich um Intrakutanreaktionen.

0,1 ccm phenolfreien Trichophytins „K 1" (aus eigenen Stämmen): nach 12 Stunden negativ, ebenfalls nach 24 Stunden.
0,1 ccm phenolfreien Trichophytins „K 4" (aus eigenen Stämmen): nach 12 Stunden negativ, nach 24 Stunden schwach positiv.
0,1 ccm Trichophytin „Höchst", Verd. 1:20 (Phenolzusatz): negativ.
0,1 ccm Trichophytin „Höchst", Verd. 1:40 (Phenolzusatz): negativ.
0,1 ccm Luetin Busson: negativ.
0,1 ccm Resantin „Höchst": negativ.
0,1 ccm Kaninchenserum (phenolfrei!): nach 12 Stunden negativ, nach 24 Stunden schwach positiv.
0,1 ccm Hammelserum (phenolfrei!): wie das vorige.
0,1 ccm Pferdeserum (phenolfrei!): negativ.
0,1 ccm Rinderserum (phenolfrei!): negativ.
Ponndorf negativ.

Das Gesamtergebnis dieser — allerdings mehr oder weniger unvollkommenen — Hautprüfung bot also keinerlei Anhaltspunkte dafür, daß wir es mit einer polyvalent sensibilisierten Patientin zu tun hatten.

Digitized by Google

Dafür ergab die Prüfung gegenüber Tabak greifbare Resultate. Durch die Freundlichkeit des Inhabers der Fabrik war es uns möglich, Tabakblätter derselben Art, mit der Patientin gearbeitet hatte, zu bekommen; daneben verwandten wir auch Blätter anderer Ernten und Lagen. Kleine Blattstückchen wurden der Patientin unter luftdichtem Abschluß auf die intakte Haut gebunden (Ellenbeugen, Oberschenkel). Das Ergebnis war bei allen untersuchten Proben das gleiche: Nach 6—12 Stunden mußten die Verbände wegen unerträglichen Brennens entfernt werden; es zeigte sich an den betreffenden Stellen eine hochgradige Dermatitis, teilweise mit blasiger Abhebung der bedeckten Stellen, aber stets auf den Umfang der Applikation beschränkt. Patientin lehnte energisch weitere Prüfungen ab. Um solche trotzdem noch durchführen zu können, wurden von verschiedenen Tabaksorten Autolysate hergestellt (Blätter 24 bis 36 Stunden in physiologischer NaCl-Lösung bei 37°); hiervon erhielt Patientin 0,1 ccm intrakutan. Naturgemäß war eine Schätzung der in den Autolysaten enthaltenen wirksamen Stoffe unmöglich. Eine derartige Applikation hatte ebenfalls eine hochgradige Rötung der Haut in einem weiteren Umkreise zur Folge; daneben war das Allgemeinbefinden der Patientin während der ersten 12 Stunden nach der Injektion empfindlich gestört: Mattigkeit, Schwindelgefühl, Blässe des Gesichtes; keine Temperaturen.

Parallelversuche durch Aufbinden gleichartiger Blattstückchen bei anderen Patienten und beim Verfasser hatten durchweg negative Ergebnisse.

Bemerkenswert war nun die Involution der durch die experimentelle Hautprüfung gesetzten Läsionen. Die zuerst durch Aufbinden von Blättern ausgelösten Dermatitiden wiesen zunächst eine glatte Abheilung auf: Abklingen der akutesten Erscheinungen, Überhäutung der epidermisberaubten Stellen. Dann nahm im weiteren Verlauf die Haut eine eigentümlich alterierte Beschaffenheit an: sie felderte sich stärker, schien stärker verdickt zu sein; dazu traten kleinere, zunächst noch uncharakteristische, dann knötchenförmige Erhebungen auf. Patientin klagte über ein lästiges Spannungsgefühl und über Jucken und leichtes Brennen. Eine gleiche Involution bot die Originalläsion des Halses. Die Stellen der Intrakutanreaktionen zeigten eine derartige Entwicklung in einem etwas schnelleren Tempo; die ekzematoiden Hautveränderungen waren bereits in kürzerer Zeit deutlich hervorgetreten. Jedesmal nach einer derartigen Intra-

Digitized by Google

kutanreaktion klagte Patientin über erhöhtes Spannungs- und Juckgefühl an den damals bereits in Abheilung begriffenen Stellen der Original- und der ersten Impfläsionen; objektiv war kein lokales Wiederaufflackern feststellbar. Leider mußten wir, da Patientin wegen häuslicher Verhältnisse auf Entlassung drängte, diese Impfläsionen behandeln; Abheilung unter antiekzematösen Medikamenten.

Wie *Touton* in seinen einschlägigen Arbeiten hervorhebt, stößt der Versuch einer Aufklärung der Reizursache bei den phytogenen Dermatosen auf große Schwierigkeiten wegen der Kompliziertheit der in Frage kommenden Faktoren. Wir haben dementsprechend, zumal es sich dazu noch um sekundär veränderten, weil ausfermentierten und gelagerten Tabak handelte, nur ganz oberflächlich versucht, einen Anhaltspunkt in diesem Sinne zu gewinnen, und uns lediglich zwei Fragen gestellt, nämlich erstens, ob es sich um eine pseudophytogene, d. h. durch erfahrungsgemäß auf Tabakblättern vorkommende Mikroorganismen ausgelöste Dermatose handelt, obgleich uns diese Möglichkeit an und für sich gering erschien, und zweitens, ob eventuell eine Überempfindlichkeit gegenüber dem in den Blättern enthaltenen Nikotin, das ja in einer Konzentration von 1:100000 als Nikotintartrat zur Hautfunktionsprüfung (lymphagoge Reaktion) herangezogen wird, vorlag.

Durch die von gewissen Seiten vertretene Auffassung des Prozesses der Tabakfermentation als einen durch Bakterien, Hefen oder Schimmelpilzen bewirkten Vorgang sind wir an Hand der diesbezüglichen Untersuchungen einigermaßen über die Flora des Tabaks orientiert; *Behrens, Koning, Koch, Suchsland, Davalos, Vernhout* u. a. fanden, meist auf fermentierenden Tabaken, die verschiedensten Bakterien, Schimmel und Hefen (Bac. mycoides, subtilis, tabaci fermentationis, Proteus, Aspergillus fumigatus, Mucor, Oospora nicotianae, Moniliaarten usw.); ähnliche Mikroben, vor allem solche unter ihnen, die Dauerformen bilden, lassen sich, wie eigene Untersuchungen ergaben, auch auf ausfermentierten Tabaken nachweisen. Wir haben unserer Patientin Mikroben, die von gelagerten Blättern stammten, und zwar von solchen, mit denen sie gearbeitet hatte und die wir häufiger bei unseren Untersuchungen auch anderer Tabaksorten fanden, auf die Haut gebracht bzw. eingerieben (Mycoides-Mesentericus-Arten und Aspergillazeen) mit vollkommen negativem Erfolg. Da die Flora gelagerter Tabake im allgemeinen ziemlich monoton zu sein scheint und im wesent-

Digitized by Google

lichen die eben genannten Arten umfaßt, können wir auf Grund des negativen Resultates wohl eine Auslösung der Erscheinungen von dieser Seite her ablehnen.

Der Nikotingehalt des Tabakblattes erleidet durch die Fermentation nach den Untersuchungen von *Klein, Behrens* u. a. eine Verminderung von zirka 28—30 %. Nach neueren, mit exakten biologischen Methoden (Blutegelpräparat) von *Winterstein* und *Aronson* ausgeführten Untersuchungen über Nikotingehalt naturreiner Tabaksorten enthielten 25 verschiedene Arten von 0,5—1,0 % Nikotin; es handelte sich bei den von den Autoren verwandten Sorten um bulgarische, mazedonische und türkische Tabake; mithin dürften ihre Werte wohl Durchschnittszahlen darstellen, die auch für unseren Fall in Betracht kommen. Das oben erwähnte, in einer Konzentration von 1:100000 zur Prüfung der lymphagogen Reaktion verwandte Nikotintartrat enthält in einem Gramm 0,325 Gramm Nikotin; mithin entspricht die verwandte Lösung einer Konzentration von 0,325:100000. Wir verwandten zur Prüfung der eventuellen Einwirkung auf die Haut unserer Patientin ein aus Rohtabaken gleicher Art hergestelltes Nikotin, das also entsprechend seiner natürlichen Herkunft im Gegensatz zum synthetisch dargestellten nach den Untersuchungen von *Mayor* linksdrehend und auch giftiger ist, in einer Konzentration von 1:1000000. Die Prüfung fand statt 12 Tage nach der letzten Applikation von Tabakautolysat; auf dem rechten Oberschenkel wurde ein Tropfen der Lösung sanft eingerieben in einem Bezirk, in dessen Mitte wir die Haut ganz oberflächlich angeschabt hatten. 3 Minuten nach der Einreibung schwerster Kollaps mit Sistieren von Puls und Atmung; Kardiazol intramuskulär und intravenös, künstliche Atmung. Nach 10 Minuten profuser Schweißausbruch und außerordentlich starke Salivation, verbunden mit Temperatursturz auf 35,8; Leichenblässe, aber Wiederkehr von Puls und Atmung. Temperatur 8 Stunden später 38,2, am nächsten Tage normal. Langsame Erholung von dem schweren Kollaps während der nächsten Tage; als eigenartige Folge traten ziehende Schmerzen in beiden Unterschenkeln auf, die sehr langsam verschwanden. Eine Lokalreaktion in irgendeiner Form oder ein Wiederaufflackern der alten Herde, kurz, irgendeine Manifestation von Seiten der Haut im Anschluß an die Prüfung zeigte sich nicht, auch nicht nach 16tägiger Beobachtung.

Nach dieser unangenehmen Erfahrung nahmen wir von weiteren Untersuchungen Abstand, zumal sich auch Patientin

Digitized by Google

definitiv weigerte, weitere Prüfungen mit sich anstellen zu lassen. Somit kann über die Natur der in Frage kommenden Reizstoffe nichts Sicheres ausgesagt werden, sondern, wie übrigens meist bei derartigen Fragestellungen, nur Vermutungen geäußert werden. In Betracht kämen eventuell stickstofffreie Körper, die aus dem ätherischen Öl der Drüsenhaare des Tabaks stammen (*Behrens*, „Nikotianin", *Hermbstädt*, angeblich durch die Fermentation aus Nikotin entstanden, von *Suchsland* identifiziert mit „Tabakskampfer"); oder stickstoffhaltige Alkaloide, die nach *Fränkel-Wogrinz* Träger des Aromas sind, weiterhin flüchtige Säuren, deren Gehalt durch die Fermentation des Tabaks auf das Doppelte steigt *(Behrens)*, Buttersäure oder Bernsteinsäure. Eine weitere Aufzählung von noch mehr Substanzen erübrigt sich.

Die vorhandene Literatur über Hautschädigungen durch Tabak ist nicht sehr zahlreich. Bekannt ist ja, daß Nikotin von der intakten Haut aus resorbiert werden kann, und zwar sehr leicht; hierher gehören von *Foville* bereits 1834 beobachtete Fälle von Benommenheitszuständen bei französischen Soldaten, die Tabak unter ihrem schweren, unventilierten Helm aufbewahrten; weiterhin von *Poulsson* erwähnte Fälle von Vergiftungen bei Schmugglern, die sich Tabakblätter auf die Haut banden; ferner ein von *Jones* und *Morris* kürzlich beschriebener Fall einer Vergiftung eines Mädchens durch Einreiben eines Gemisches von Schreibtinte und den Resten aus einer alten Tabakspfeife. Von Hauterscheinungen findet man bei diesen Beschreibungen nichts erwähnt. Dagegen beobachtete *Nissen-Deacon* während des Krieges bei einem italienischen Soldaten, der sich zu Simulationszwecken je eine Toskani nach Wässerung in jede Axilla für eine Nacht gebunden hatte, ein damals nach Ansicht der italienischen Ärzte gangbares Verfahren, ein generalisiertes Erythem des Stammes und der Extremitäten. *Blaisdell* beschrieb aus Amerika hartnäckige Dermatitiden an Fingern und Händen bei Tabakarbeitern und Zigarrenmachern, provoziert durch Tabaksaft; die Patienten verlangten Schadenersatz. *Hoppe* hatte 1868 flechtenartige Ausschläge an Händen von Tabakhändlern beobachtet, und zwar in erster Linie an den Partien, die beim Abwiegen mit dem Tabak in Berührung kamen. Einen sehr interessanten Fall von Zusammenhang zwischen Tabakrauchen und *Quincke*schem Ödem publizierte 1926 *Morawitz:* Bei einem 67jährigen Patienten war seit 2 Jahren Tabakrauch die Ursache des Auftretens derartiger Ödemschübe,

Digitized by Google

einerlei, ob Patient selbst rauchte oder in einem verqualmten Lokale sich befand; Hautimpfung mit Tabaktest (Pennsylvaniatabak) hatte ein negatives Ergebnis; 5 mg Nikotin waren unschädlich. Der Autor sieht das schädigende Agens in seinem Falle in Produkten, die sich beim Brennen des Tabaks bilden, also Pyridin, Pyrrolidin, Methylpyrrolidin, NH_3; jedoch erwiesen sich in zwei Versuchen Pyridinbasen nach Inhalation und Einnehmen als unwirksam. In den folgenden Jahren wurde Patient insofern polyvalent empfindlich, als auch Käse und Zelluloid Anfälle hervorriefen; vorher war ein gleiches noch möglich durch parenterale Einverleibung größerer Mengen von Pferdeeiweiß.

Demnach dürfte unser Fall wohl die erste genauer klinisch beobachtete bzw. experimentell untersuchte Tabakdermatose darstellen. In seinem Verlauf bzw. schon in seiner Anamnese finden sich einige bemerkenswerte Punkte. Die ersten Zeichen der Idiosynkrasie machten sich bei der hautgesunden Patientin an den Händen bemerkbar, dann im Gesicht in Form einer Rötung bzw. eines unangenehmen Gefühls; nach dem ersten akuten Ausbruch, der Hände, Gesicht und Hals betraf, klangen bei weiteren Schüben die Erscheinungen an den Händen, die doch in erster Linie mit der Noxe in Berührung kamen, mehr und mehr ab, bis daß beim letzten Schub die Hände fast vollkommen frei blieben; dafür wurden die Erscheinungen am Halse akuter. Jedenfalls sind die Hände der „Primärherd" gewesen, und somit haben wir die eigentümliche Tatsache gegeben, daß dieser Primärherd, der doch dauernd mit dem schädigenden Agens in konzentrierter Form bei dem zweiten und dritten Ausbruch in Berührung kam, in seiner Reaktionsform nach und nach abklang bis zur fast völligen Unempfindlichkeit, während die anderen Herde von Fall zu Fall schwerere Erscheinungen, graduell intensivere Bilder aufwiesen bei relativ sehr kurzer Inkubationszeit. *Bloch* und *Steiner-Wourlisch* konnten bei ihren Untersuchungen über willkürliche Erzeugung von Primelüberempfindlichkeit beim Menschen feststellen, daß scheinbar bestimmte Beziehungen zwischen dem primären Herd bzw. der Reaktion dieses Herdes und der sekundären Sensibilisierung bestehen, nachdem schon immer auf die Bedeutung des Angriffsortes der Noxe bei Toxikodermien und Ekzemen hingewiesen worden war *(Jadassohn)*; vielleicht finden auch rückwirkend von den sekundären Erscheinungen zum Primärherd bzw. zu dem Herde, der in unmittelbaren Beziehungen zur schä-

Digitized by Google

digenden Noxe steht, irgend welche Einwirkungen statt, deren Zusammenhänge uns natürlich ebenso unklar sind wie diejenigen zwischen Primärherd und allgemeiner Sensibilisierung. Eine Parallele für diese Möglichkeit würden wir ja bei verschiedenen kutanen Infektionen finden, bei denen ebenfalls nach Auftreten generalisierter Hauterscheinungen bzw. bei regionärer Vergrößerung oder Neuauftreten von Läsionen die Originalläsion bei noch bestehender Infektiosität abheilt. Des weiteren haben wir uns die Frage vorgelegt, ob nicht bereits eine *Desensibilisierung* der Haut an den Händen stattgefunden hatte; die Anamnese ist ja in dieser Hinsicht besonders interessant, und zwar deshalb, weil bei jedem neuen Schub die Hände jedesmal graduell weniger ergriffen waren. Es wäre also die Möglichkeit gegeben, daß hier ein Prozeß vorgelegen hätte, wie wir ihn z. B. bei der lokalen Immunotherapie des Furunkels durch dauernd neue Zufuhr von Antigen und dadurch erfolgte Absättigung der allergischen Zellen zu anergischen finden. Diese Möglichkeit scheint uns noch am meisten für sich zu haben, obgleich Beweise dafür kaum zu erbringen sind; vielleicht kommt auch ein Zusammentreffen der beiden angeführten Eventualitäten in Frage. Jedenfalls konnte die Patientin Tabakblätter, sogar in feuchtem Zustande, längere Zeit in ihren Händen behalten, ohne daß irgendwelche Erscheinungen auftraten.

Im Hinblick auf die verschiedenen klinischen Bilder, die *Bloch* und *Steiner-Wourlisch* durch Applikation verschieden konzentrierter Antigene erhielten, sowie auf das Ergebnis von *Birchers* Desensibilisierungsversuchen sind die Ausfälle unserer Hautprüfungen mit verschiedenartigen Applikationsarten bemerkenswert. Danach scheint doch im Tabakblatt selbst das Antigen in hochkonzentriertem Zustand vorhanden zu sein, denn mit ihm fielen unsere Versuche genau so aus wie die von *Bloch* und *Steiner-Wourlisch* mit einem Antigen, das das aktive Prinzip der Primelblätter in hochkonzentriertem Zustand enthielt, unternommenen: Zeichen einer Verbrennung bzw. Verätzung. Das gleiche war ja bei den Originalläsionen des Halses der Fall; es ist sicherlich anzunehmen, daß in der Luft schwebender Tabakstaub hier der auslösende Faktor war, also auch das Produkt in seiner natürlichen Substanz, trotzdem wir uns davon überzeugen konnten, daß für ein Verschwinden des Tabakstaubes, der naturgemäß beim Lösen der trockenen Blätter entsteht, durch hygienische Einrichtungen aller Art (hohe Säle, ausgedehnte Ab-

Digitized by Google

saugevorrichtungen und Lüftung) gerade in dieser Fabrik ausreichend Sorge getragen war. Das Antigen scheint in unserer zweiten Versuchsreihe nicht in einem hochkonzentrierten Zustand in das Autolysat übergegangen zu sein; obgleich durch die Intrakutanreaktionen das wirksame Prinzip in einen viel innigeren Kontakt mit den empfänglichen Zellen kam, waren die klinischen Erscheinungen viel harmloser, die Involution zu ekzematoiden Läsionen entsprechend schneller. Daß irgendein Prinzip in dem Autolysat überhaupt vorhanden war, lehrt der negative Ausfall der NaCl-Quaddel; daß es spezifisch wirksam war auf diesem Applikationswege, zeigen die durchweg negativen Ausfälle der übrigen Intrakutanreaktionen mit den verschiedensten Stoffen. Außerdem können als Beweis seiner Wirksamkeit überhaupt die Angaben der Patientin selbst herangezogen werden, die sie *spontan* machte, daß nämlich jedesmal nach einer Injektion sie vermehrtes Jucken und eine größere Spannung am Orte der Originalläsion und der übrigen experimentellen Prüfung verspüre, obschon klinisch dort nichts festzustellen war, also eine gewisse „Herdreaktion", wie sie *Low* bei seinen Primelversuchen ebenfalls feststellen konnte. Wir finden hier also wohl ähnliche Verhältnisse wie bei den Sensibilisierungsversuchen von *Bircher*, der durch intrakutane Reaktionen steigender Antigenmengen scheinbar gegen Primeln desensibilisiert war, bis daß er auf Blätter selbst und frisch hergestelltes Destillat positiv reagierte.

Es sei noch nachgetragen, daß wir auch die Einwirkung von Tabaksrauch auf die Patientin prüften (Zigaretten, die aus gleichem Tabak hergestellt waren), ohne eine Reaktion zu erzielen; weiterhin legten wir Tabakblätter 12 Stunden an ihr Bett, aber so, daß sie nicht unmittelbar mit ihnen in Berührung kam, und erzielten keinerlei Reaktion. Endlich stellten wir konzentrierten Nikotinauszug in ihre unmittelbare Nähe, ohne irgendeinen Effekt auszulösen.

Was den Ausfall der oben beschriebenen Nikotinprobe angeht, so glauben wir, daß wohl zweifellos eine allgemeine Überempfindlichkeit der Patientin gegen Nikotin bestanden hat. Die zur Reaktion verwandte Konzentration (1:1000000) bzw. Menge war so gering, daß unseres Erachtens kein derartig schwerer, das Bild der akuten Nikotinvergiftung reproduzierender Kollaps hätte eintreten dürfen, wo doch andrerseits Konzentrationen von 0,325:100000 zu Intrakutanreaktionen verwandt werden. Für eine derartige Überempfindlichkeit spräche

Digitized by Google

auch der Umstand, daß Patientin sich jedesmal nach den Injektionen der Autolysate äußerst angegriffen und übel fühlte, wobei sicherlich die in dem Extrakt enthaltene Nikotinmenge eine Rolle spielte. Diese nicht kutane Überempfindlichkeit gegen Nikotin ist vielleicht von Wichtigkeit für das Zustandekommen der gesamten Affektion überhaupt, daß sie also mit anderen Worten die besondere innere Disposition darstellt, auf die die äußere spezifische Schädigung trifft.

Wir haben darüber Erhebungen angestellt, ob derartige Tabakdermatosen des öfteren beobachtet werden in den größeren Fabriken. Es haben sich keinerlei Anhaltspunkte dafür ergeben; lediglich in einem unsicheren Falle, den wir aber nicht persönlich gesehen haben, wurde ein persistierendes Handekzem vielleicht auf Arbeiten mit Tabak zurückgeführt. Spontane Empfindlichkeit sowie Sensibilisierbarkeit gegenüber Tabak sind also zahlenmäßig minimal; dafür spricht auch die Tatsache, daß sich in der Literatur nur spärliche Angaben über Tabakdermatosen finden, und die Erfahrung, daß Herren, die jahrelang große Mengen Zigarren rauchen, bei denen also der Tabak selbst in unmittelbare Berührung mit der Haut kommt, keinerlei Erscheinungen einer Dermatose bekommen.

Leider haben wir über den weiteren Verbleib unserer Patientin keine Nachricht erhalten können als die, daß sie ihre Beschäftigung in der Fabrik aufgegeben hatte.

Literaturverzeichnis.

Behrens, Lafars Handb. d. techn. Mykologie. *5*. 1. 1905—1914. — *Bircher*, Derm. Ztschr. *47*. 270. 1925. — *Blaisdell*, zit. b. *Touton*. — *Bloch* und *Steiner-Wourlisch*, Arch. f. Derm. *152*. 283. 1926. — *Dávalos*, Zentrbl. f. Bakt. *13*. 390. 1893. — *Fränkel-Wogrinz*, Mtsschr. f. Chem. d. Tabaks. *23*. 236. 1907. — *Foville*, Influence des vêtements sur nos organes. Paris 1834, zit. v. *Ritchie*, Brit. med. Journ. July 1926. 116. — *Hoppe*, Ref. Arch. f. Derm. 1869. S. 289. — *Jones-Morris*, Brit. med. Journ. 1926. S. 739. — *Klein*, 5. Ber. d. landw. bot. Versuchsanst. Karlsruhe 1896. — *Koch*, zit. b. *Behrens*. — *Koning*, zit. b. *Behrens*. — *Low*, zit. b. *Touton*. — *Mayor*, zit b. *Poulsson*. — *Morawitz*, Fortschr. d. Therapie. 1926. H. 13. — *Nissen-Deacon*, Brit. med. Journ. 1926. June. — *Poulsson*, Lehrb. d. Pharmakol. 4. Aufl. Leipzig 1919. — *Suchsland*, zit. b. *Behrens*. — *Touton*, Derm. Wschr. *84*. 136. 1927 u. Derm. Ztschr. *49*. 385. 1927. — *Vernhout*, zit b. *Behrens*. — *Winterstein* und *Aronson*, Ztschr. f. Hygiene. *107*. 487. 1927.

Digitized by Google

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung am Dienstag den 11. November 1927.

(Generalversammlung.)

Geschäftlicher Teil.

I. Wahl des Vorstands und der Aufnahmekommission. (Erweiterter Vorstand.)

1. Vorstand: Ehrenvorsitzender: Herr *O. Rosenthal.* I. Vorsitzender: Herr *Arndt.* II. Vorsitzender: Herr *Buschke.* III. Vorsitzender: Herr *Bruhns.* IV. Vorsitzender: Herr *F. Pinkus.* I. Schriftführer: Herr *R. Ledermann.* II. Schriftführer: Herr *W. Fischer.* Kassenführer und Bibliothekar: Herr *J. Heller.*

2. Aufnahmekommission: Herr *Gebert,* Herr *Saalfeld,* Herr *Löhe,* Herr *Franz Blumenthal,* Herr *Pulvermacher,* Herr *Sprinz,* Herr *Fritz Lesser.*

II. Bericht des Schriftführers *(R. Ledermann).*

III. Bericht des Kassenführers und Bibliothekars *(J. Heller).*

Herr *Edmund Saalfeld:*

Antrag: In ein oder zwei — nötigenfalls Sonder- — Sitzungen des Vereinsjahres werden aktuelle Fragen aus dem Gebiete der praktischen Dermatologie und Venerologie besprochen. Hierbei wird der Therapie ein weiter Spielraum eingeräumt.

Begründung: Gegenüber den zahlreichen wissenschaftlichen Vorträgen und Krankenvorstellungen sind in der letzten Zeit Besprechungen praktischer, besonders therapeutischer Fragen in unserer Gesellschaft in den Hintergrund getreten. Früher wurden häufiger in kurzen Mitteilungen für den Praktiker wichtige Punkte erörtert. So hat S. selbst seinerzeit auf die juckstillende Wirkung des Menthols aufmerksam gemacht. In den Sondersitzungen sollen aktuelle Fragen der praktischen Dermatologie besprochen werden, ferner sollen therapeutische Vorschläge gemacht, Anregungen gegeben werden, die Kollegen mit größerem Krankenmaterial ausführen könnten. So führt S. als Beispiel hierfür an, Behandlung des lokalen Juckens bei Pruritus ani mit Infiltrationsanästhesie der erkrankten Stelle, oder aber der zuführenden Nerven. S. stellt anheim, ein Gremium von drei Mitgliedern der Gesellschaft zu wählen, die in Verbindung mit dem Vorstand entsprechende Themata vorschlagen oder an die sich die Mitglieder mit Vorschlägen wenden. S. bittet die Versammlung, seinen Antrag anzunehmen und Ergänzungen zur weiteren Ausführung desselben zu machen.

Aussprache:

Herr *Heller.*

Herr *Bruhns.*

Herr *Edmund Saalfeld* (Schlußwort): S. glaubt, daß die Ausführungen der Herren *Heller* und *Bruhns* mit den seinigen sich sehr wohl vereinigen lassen und hofft, daß, wenn sein Antrag angenommen wird, für die Gesellschaft ein ersprießliches Resultat gezeitigt wird.

Der Antrag wird angenommen.

Digitized by Google

Wissenschaftlicher Teil.

Herr *Franz Blumenthal: Fall von Melkerknoten.*

Es handelt sich um ein 19jähriges junges Mädchen, das im 13. Lebensjahr mit Erfolg geimpft worden ist; zur Zeit ist sie in der Kuhmelkerei ihres Vaters tätig. Vor 4 Wochen wurde eine neue Kuh eingestellt, auf deren Euter sich Warzen fanden. Vor 14 Tagen traten bei der Patientin auf beiden Händen Knoten auf, die sie für Warzen hielt. Sie entstanden sämtlich gleichzeitig. Nach einigen Tagen röteten sie sich und fingen an, zu nässen. 10 Tage später zeigten sich Rötungen an beiden Unterarmen.

Auf beiden Handrücken finden sich zahlreiche derbe Knoten, die in der Mitte gedellt und teilweise mit einer Kruste bedeckt sind, nach deren Ablösung eine Wundfläche zutage tritt, auf der sich graugelbe, stecknadelkopfgroße Belege befinden. Die Effloreszenzen sind sämtlich von gleicher Größe, im Durchmesser 0,7 mm groß und 2—3 mm hoch, sie haben bräunlich-rote Farbe und derb-weiche Konsistenz.

Bei einzelnen Knötchen hebt sich die Oberfläche blasig ab, es kommt zu derben, prallen, mit einer blutig serösen Flüssigkeit gefüllten blasigen Abhebungen, die keine Neigung zeigen, von selbst zu platzen. Nach Abtragen mit der Schere sieht man den Grund als eine hochrote entzündliche Fläche, die sich unter Dermatol-Puderung schnell überhäutet.

An beiden Unterarmen finden sich an den Beugeseiten großfleckige Erytheme von hochroter Farbe. Die Achseldrüsen sind beiderseits geschwollen, hochempfindlich und verschieblich; die Schwellung der rechten Achseldrüsen ist etwas stärker als die der linken. Fieber bestand nicht. Urin frei von Eiweiß.

Es handelt sich hier um eine Berufsinfektion mit Vakzine. Von dem erkrankten Euter der Kuh hat beim Melken eine Übertragung auf die Hände der Melkerin stattgefunden. Dementsprechend ist die rechte Hand stärker befallen als die linke, und die beim Melken besonders stark in Anspruch genommenen Hautstellen zeigen die meisten Effloreszenzen.

Über den Begriff der Melkerknoten ist jetzt endgültig Klarheit erzielt worden; es ist streng zu trennen zwischen den durch mechanische Einwirkung entstehenden Melkerschwielen, den durch Schmutzinfektion und Fremdkörper beim Melken entstehenden knotigen Gebilden und den echten Melkerknoten. Bei diesen hat *Gottron* durch Wiederübertragung auf die Kuh nachgewiesen, daß es sich um echte Vakzineinfektion handelt. Für echte Vakzine spricht auch das an den Händen 10 Tage später aufgetretene Erythem, welches, wie auch *Gottron* bei Gelegenheit des von *Löhe* in dieser Gesellschaft demonstrierten Falles betont hat, ganz mit denen bei Vakzine und Variolois auftretenden Exanthem übereinstimmt.

Herr *Franz Blumenthal: Fall von Aktinomykose.*

Junge Landarbeiterin von 17 Jahren. Angeblich vor 2 Jahren erkrankt. Sie soll die Gewohnheit haben, an Strohhalmen zu kauen.

Die ganze linke Wange bis an das Auge heran ist geschwollen und mit zahlreichen von lividrotem Gewebe umgebenen Fistelöffnungen bedeckt, die fast den ganzen Hals mit einnehmen. Der Grund ist bretthart infiltriert, und aus den zahlreichen Öffnungen entleert sich hellgelber Eiter. An der Innenseite der linken Wange ist die Schleimhaut knotig infiltriert und unregelmäßig zerklüftet; es besteht mäßige Kieferklemme. In dem gelben Eiter finden sich krümelige Massen. Aktinomyzesdrusen sind mikroskopisch nicht nachzuweisen, wohl aber finden sich zahlreiche grampositive typische Aktinomyzesstäbchen

Digitized by Google

im Eiter. Die Seroreaktion auf Syphilis ist negativ. Was die Therapie anbelangt, so stellt ja auch nach Ansicht der Chirurgen die Röntgenbehandlung die Methode der Wahl dar, daneben erhält die Patientin Jodkali.

Aussprache:

Herr *Gottron.*

Herr *W. Richter* berichtet über günstige Resultate mit Umspritzung von 10% Jodoformglyzerin. Er legt in die Umgebung des Herdes, je nach Größe desselben, in zirka 2 mm Abstand, 6—10 Quaddeln à 0,1 ccm der Jodoformglyzerinlösung an. Diese Behandlung wurde mit Abstand von 3 Tagen nach Bedarf wiederholt. Redner hat mit dieser Methode 3 Fälle geheilt.

Herr *Gottron* (Universitäts-Hautklinik):

Das Besondere der *Pityriasis lichenoides* bei diesem 34jährigen Mann ist vor allem in dem akuten Beginn der Erkrankung zu erblicken. Innerhalb weniger Tage entwickelte sich die Aussaat des Exanthems. Dieses ist vor allem an den Extremitäten (Streck- wie Beugeseiten) und insbesondere auch an den Händen (Handinnenfläche und Handrücken) lokalisiert, während nur im beschränkten Umfang der Rumpf in seinen seitlichen Teilen Sitz der Erkrankung ist. Außerdem hat sich die Erkrankung im Bereich des Gesichts — Nasenrücken, Nasenflügel, Oberlippe, Kinn — des Halses und des Nackens und vor allem auch im Bereich der Genitalien — Penisschaft und Skrotum — ausgebreitet. Im Beginn der Erkrankung waren in der Hauptsache nur mäßig infiltrierte, bräunlich-rote, papulöse Effloreszenzen vorhanden, die nur eine mäßig ausgesprochene Schuppung aufwiesen. Die charakteristischen, kollodiumartig aufgeklebten Gebilde kamen nur ganz vereinzelt zu Gesicht. In den Achselhöhlen und den Inguinalbeugen waren vergrößerte Drüsen tastbar.

Aufmerksam machen will ich dann noch darauf, daß ein Teil der Effloreszenzen einen hämorrhagisch-nekrotischen Charakter angenommen hat, wie das ja so oft bei den akut einsetzenden Formen der Pityriasis lichenoides der Fall ist. Bemerkenswerterweise bildete sich die hämorrhagische Note bei einigen Effloreszenzen am linken Unterarm während des Anlegens der Stauungsbinde aus, so daß wir es gewissermaßen mit einem Rumpel-Leede, der fokal im Bereich der Effloreszenzen lokalisiert ist, zu tun haben.

Wassermann und Pirquet sind negativ.

Herr *Jacobi* (Universitäts-Hautklinik): Ein Fall von *Granuloma annulare.*

Ein Fall von großknotigem Granuloma annulare bei einem 6jährigen Knaben, der klinisch bemerkenswert ist durch die Lokalisation der Herde ausschließlich an den Beugeseiten der Finger und der Handinnenflächen sowie durch Gestalt und Größe der einzelnen Herde.

Klinisch handelt es sich um großknotige, Kutis und Subkutis durchsetzende, nicht scharf abgrenzbare Infiltrate von Haselnuß- bis Markstückgröße, auf deren Höhe sich typische, in Ringen angeordnete, bis linsengroße, die mittleren und tieferen Schichten der Kutis durchsetzende elfenbeinfarbene Knötchen finden.

Die histologische Untersuchung ergab das für Granuloma annulare charakteristische Bild.

Klinisch und röntgenologisch (Platte) ergab sich kein Anhaltspunkt für Tuberkulose. Pirquet negativ.

Im Anschluß an die Probeexzision ist eine sichtliche Rückbildung sämtlicher Herde eingetreten.

Digitized by Google

Herr *Bruhns: Dermatitis reticularis atrophicans.*

54jährige Frau, vor 7 Jahren Neuralgien im Beinen und Armen, anscheinend im Anschluß an Erkältung. Danach Beginn der jetzigen Hauterkrankung an den Oberschenkeln, dann wurden Hals, Brust, Rumpf in diffuser Weise, Arme etwas streifenförmig befallen. Zunächst bemerkte Patientin weiße Flecken, dabei ganz leichte Schilferung, keinerlei Rötung oder Entzündung, dann folgte Auftreten von Pigmentation. Man sieht jetzt bei der großen, fettleibigen Frau ein ganzes Netzwerk von atrophischen, eingezogenen bläulich-weißen Flecken, die etwa linsengroß sind, teils darüber, teils auch darunter, zwischen den atrophischen Stellen, die im Niveau der normalen Haut stehenden netzförmig angeordneten Grenzlinien. Ganz unregelmäßig dazwischen angeordnet braune Flecken, größer und kleiner. Die Hautvenen scheinen an vielen Stellen durch. Aber es sind keinerlei Teleangiektasien oder hämorrhagische Punkte zu sehen. Es besteht keinerlei Hautverhärtung wie bei Sklerodermie. Histologisch zeigt ein Stück der Rückenhaut Verstrichensein der Papillarlinie, ferner Lymphseen wie bei Lichen ruber, aber keinerlei besondere Zellinfiltration, auch keinerlei Verdichtung des Bindegewebes wie bei Sklerodermie. Gegenüber der idiopathischen Hautatrophie fällt hier die regelmäßige Netzbildung auf. Das Bild würde durchaus mit den Erscheinungen der Poikilodermie übereinstimmen, wenn nicht die kleinen Teleangiektasien und hämorrhagischen Punkte ganz fehlten. Der Mangel vorangegangener Entzündungserscheinungen spricht auch ganz gegen Lupus erythematodes und Lichen ruber. Das ungewöhnliche Bild muß als Dermatitis oder wegen des Fehlens entzündlicher Prozesse besser als Dermatosis reticularis atrophicans bezeichnet werden, und es sei nur daran erinnert, daß bei stellenweise lokalisierter Poikilodermie neben typischen Hautveränderungen auch Gebiete vorkommen können, in denen nur die netzförmige Atrophie mit Pigmentationen ohne Teleangiektasien ausgebildet ist.

Aussprache:

Herr *L. Pulvermacher* weist auf die sklerodermatische Beschaffenheit der Haut an dem vorderen Teil des Rumpfes und bittet, wenn angängig, um eine Exzision eines Hautstückes aus dieser Gegend. Er möchte in dem vorliegenden Fall eine Sklerodermie sehen.

Herr *Bruhns:* Herrn *Pulvermacher* möchte ich erwidern, daß m. E. die schwere Faltbarkeit der Haut doch nur auf das starke Fettpolster geschoben werden kann, und keine eigentliche Verhärtung der Haut fühlbar ist. Die rein netzförmige Anordnung, und vor allem auch das Fehlen jeder Verdichtung im Bindegewebe im mikroskopischen Bilde sprechen auch ganz gegen die Annahme einer Sklerodermie.

Herr *Bruhns: Folliculitis capitis abscedens et suffodiens (E. Hoffmann).*

Typisches, wenn auch noch nicht sehr ausgeprägtes Bild bei jungem Mann, seit 2 Jahren bestehend.

Herr *Funk* (Abt. Prof. *Löhe*): 1. *Tertiäre, ulzeröse Lues.*

Familienanamnese o. B. Patient hatte 1908 Go. 1910 Bubo (Ulcus molle), 1912 Luesinfektion, erste Kur. Von 1912 bis 1924 erscheinungsfrei und ohne Behandlung. 1924 Geschwüre im Mund, zwei kombinierte Kuren; Mitte Oktober 1927 Auftreten von Geschwüren auf der linken Schulter, Hüftgürtel und Schluckbeschwerden.

Digitized by Google

Befund: Dreimarkstückgroße papulöse Effloreszenz in der Scheitelgegend mit sehr stark wuchernder papilliformer, etwas nässender Oberfläche (frambösiformes Syphilid). Ferner handtellergroßer Herd auf dem linken Schulterblatt, der aus etwa durchschnittlich linsengroßen, derb infiltrierten, braunroten, zum Teil ulzerierten Knötchen besteht. Die Knötchen stehen zum Teil isoliert, zum Teil sind sie zu größeren Geschwüren konfluiert (tuberoserpiginöses Syphilid). Auf den Tonsillen schmierig belegte Ulzera. Wa.R. ++++. Therapie: Jod, Neosalvarsan, Bismuth.

2. *Großes Gummi der Nase.* (Mit karzinomatöser Entartung).

31jähriger Mann. 1926 wegen positiver Wa.R. im Dortmunder Krankenhaus antiluetisch mit kombinierter Kur behandelt. Infektio venerea negatur. Familienanamnese o. B. Im Juni 1927 trat ein kleiner roter „Pickel" in der linken Nasolabialfalte auf, der stark juckte und sich allmählich vergrößerte. Befund: Zerstörung des linken Nasenflügels durch ein auf die angrenzenden Wangenpartien übergreifendes Geschwür von $4 \times 3{,}7$ cm Größe. Der Geschwürsgrund ist mit dicken Nekrosen bedeckt. Die bogig begrenzten, stark infiltrierten Ränder weisen an einzelnen Stellen einen leicht erhabenen perlgrauen, stellenweise fast narbigen Saum auf. Die gummöse Infiltration in der Tiefe erstreckt sich auf den Oberkiefer, die angrenzenden Partien der Wange und der Nase. Unter der Therapie (Neosalvarsan, Bismuth und Jodkali) Reinigung des Geschwürgrundes und fortschreitende Besserung.

Zusatz. Die inzwischen erfolgte histologische Untersuchung des oben erwähnten perlgrauen Saumes ergab ein Basalzellenkarzinom, das jetzt mit Radium behandelt wird.

3. *Lues gummosa faciei* mit schweren, narbigen an echte Variolanarben erinnernden Veränderungen der ganzen Gesichtshaut und des Halses.

46jähriger Mann. Luesinfektion unbekannt. Familienanamnese o. B. 1900 Gonorrhöe. Vor 12 Jahren begann im Nacken die jetzige Erkrankung mit etwa kirschkerngroßen Knoten, die zerfielen und mit Narben abheilten. Der Patient war bis jetzt ohne Behandlung.

Befund bei der Aufnahme am 5. 10. 1927: Das ganze Gesicht, die vordere Hälfte des behaarten Kopfes und der ganze Hals sind mit mehr oder minder tief eingezogenen, feinstrahligen Narben durchzogen, die unregelmäßig figurierte, normale Hautinseln einschließen. An den jetzt frischroten Narbenzügen, die von der Glabella auf dem Nasenrücken abwärts ziehen, und an der Nasenspitze, sowie am Naseneingang und linken Mundwinkel befanden sich mehrere oberflächlich ulzerierte Infiltrate; an der Schleimhaut des Gaumens und des Zahnfleisches eine Reihe von linsen- bis erbsengroßen Geschwüren mit eitrigbelegtem Grund. Wa.R. ++++, M.T.R. ++. Unter Schmierkur Jodkali und kleinen Dosen von Natriumsalvarsan Abheilung.

Die vorgestellten Fälle, die noch um eine Reihe von anderen Kranken mit tertiärsyphilitischen Veränderungen hätten vermehrt werden können, wurden nicht nur wegen der klinischen Erscheinungen vorgestellt, sondern um auch eine kurze Beobachtung mitzuteilen, die wir in den letzten Wochen haben machen können. Die Lueskurve, welche in dem ersten Dreivierteljahr einen wesentlichen Rückgang in unserem Material aufwies, zeigt nämlich im September, Oktober eine erhebliche Zunahme. Unter den 83 Zugängen von Lues (28 Männer und 55 Frauen) fanden sich:

7 Fälle von Lues I (darunter 1 Fall mit 35 P. A. auf der Glans, dem

Digitized by Google

inneren und äußeren Vorhautblatt auf dem Boden einer Balanitis erosiva). 29 frische Fälle von Lues II und nicht weniger als 16 Fälle von Lues III.

Die übrigen Fälle von Lues verteilen sich auf Lues latens mit positiver Wa.R. 16 Fälle von Lues latens, 13 Fälle von Lues cerebri, 1 Progressive Paralyse, 3 Tabes dors., 3 Lues congenit.

Dieses Anschwellen ist um so bemerkenswerter, weil es einerseits in eine Periode fällt, in der die Frage der Epidemiologie der Lues breit erörtert wird, andererseits gerade in dieser Zeit die Aufklärung über Geschlechtskrankheiten auf Grund des neuen Gesetzes stattgefunden hat. Ob es sich bei den zahlreichen Zugängen um eine im ursächlichen Zusammenhang mit der Aufklärung stehende Zunahme handelte, vermögen wir bis jetzt nicht zu entscheiden.

Herr *R. Ledermann:* a) Fall 1. Der vorgestellte 51jährige Patient, seit 7 Jahren Witwer, leidet an einem typischen *Keratoma palmare et plantare hereditarium*. Das Leiden besteht bei ihm, solange er denken kann. Infolge der dicken Hornauflagerungen ist die Beweglichkeit der Finger so beschränkt, daß er seine Tätigkeit als Landarbeiter zur Zeit der Aufnahme in die Klinik nicht ausüben konnte. Es besteht außer dem Keratom an Handteller und Fußsohlen eine Dystrophie der Nägel der Füße. Der Patient bietet sonst keine abnormen körperlichen Erscheinungen. Der Urin ist frei von Eiweiß und Zucker; die Intelligenz ist gut. *Auffallend* ist die *Familiengeschichte*. Die *gleiche* Affektion wurde beobachtet *bei der Großmutter mütterlicherseits*, die verstorben ist. Sie ist vorhanden bei der *72jährigen Mutter* und *48jährigen Schwester* des Patienten. Desgleichen sind erkrankt *die Söhne der Schwester* im Alter von *22* und *17 Jahren* sowie eine *10 Jahre alte Tochter*.

Nach Ansicht der meisten Autoren handelt es sich um eine Genodermatose, eine Affektion von nävusartigem Charakter. Dafür sprechen nach *Rolleston* die Vererblichkeit, das kongenitale Auftreten, das unveränderliche Krankheitsbild und die Unheilbarkeit. *Buschke* und *Fischer* nehmen die Möglichkeit einer angeborenen trophoneurotischen Grundlage neben der Bildungsanomalie an. Auch inkretorische Vorgänge werden zur Erklärung der Ätiologie dieser Affektion herbeigezogen. *Levy-Franckel* und *Justez* fanden in einem Falle gleichzeitig eine Hypoplasie der Thyreoidea und der Testes. Auch *Balassa* beobachtete gleichzeitig Symptome von Hypothyreose. Er will durch Schilddrüsensubstanz eine ausgesprochene Besserung im Sinne sukkulenter Auflockerung beobachtet haben. *W. Fischer* lehnt aber die besondere Bewertung des Hypothyreoidismus ab. *E. Giese* sah bei einem 30jährigen Manne gleichzeitig zahlreiche Degenerationszeichen: Oxykranie, Asymmetrie des Gesichts, Alopezie des Hinterkopfes, Kolbenfinger. Da auf Adrenalinzufuhr ein stärkerer Schock beobachtet wurde, so nahm Verf. Funktionsstörungen der Keim- und Suprarenaldrüsen an. Die an beiden Arteriae brachiales ausgeführte Sympathektomie blieb ohne Erfolg. *Hart-Draut* fanden in einem Falle von Keratoma bei einem 6jährigen Mädchen die Sella turcica röntgenologisch vergrößert. Schließlich hat man bei dieser Affektion auch gleichzeitig Störungen der weiblichen Geschlechtsfunktionen (Menstruationsstörungen) beobachtet *(Oppenheim, Wagner)*.

Fall 2. Der zweite Patient, ein älterer Herr, leidet an einer *Elephantiasis* der *Oberlippe*, der *Wangen* und *oberen und unteren Augenlider*. Die Affektion soll im Jahre 1921 mit einem Ekzem der Oberlippe und einer geringen Schleimabsonderung des linken Auges begonnen haben. Es scheint, daß unter

Digitized by Google

leichten erysipelatösen Schüben zunächst eine Schwellung der linken, später der rechtsseitigen Augenlider aufgetreten ist. Zur Zeit ist die Oberlippe stark verdickt und mit anhaftenden Schuppen bedeckt. Die Wangen sind leicht gerötet und stark infiltriert, die Augenlider hängen wie dicke Säcke herunter und decken in gewissen Stellungen die Lidspalte zu. Die Untersuchung der Nase ergibt keine entzündlichen Veränderungen des Naseninnern und der angrenzenden Nebenhöhlen. Der Röntgenbefund läßt die Grenzen der rechten Stirnhöhle nicht scharf erkennen. Sonst besteht eine Deviation des Nasenseptums nach links. Die rechte Kieferhöhle erscheint kleiner als die linke, die rechte Nasenhälfte erweitert. Der Patient ist bezüglich der nicht ganz klaren Ätiologie der Affektion nach verschiedenster Richtung hin untersucht worden. Man hat auf Blei- und Schwefelsäurevergiftung gefahndet, die Diagnose auf Lupus erythematodes gestellt. Am wahrscheinlichsten ist die von verschiedener Seite betonte Annahme einer okkulten Streptokokkeninfektion, nur daß der Sitz derselben sich nicht mit Sicherheit feststellen läßt. Alle Behandlungsversuche sind bisher fehlgeschlagen. Die jetzt eingeleitete Behandlung besteht in Röntgenbestrahlung und parenteralen Einspritzungen. Redner bittet die Versammlung, ihm weitere Behandlungsvorschläge zu machen.

Aussprache:

Herr *Franz Rosenthal:* Bei einem ähnlichen einseitig aufgetretenen toxischen Ödem nach Erysipel, bei dem auch die Lidschwellung besonders auffällig ist, beabsichtige ich eine Scharlachheilserumeinspritzung vorzunehmen, das sich bei frischem Erysipel als besonders wirksam erwiesen hat. Man muß annehmen, daß hämolytische Streptokokken durch Abspaltung von Gewebsgiften bei der Entstehung solcher schwer beeinflußbarer Ödeme eine Rolle spielen. Das Vorhandensein von Streptokokken wird durch das Wiederaufflackern des Erysipels aus dem ödematösen Gebiet heraus bewiesen.

Herr *J. Heller.*

Herr *Franz Blumenthal.*

Herr *Kleeberg:* 1. *Lymphangioma circumscriptum.*

20 jähriger Patient. Als Kind von 2 Jahren nach Verletzung am l. Fuß Blutvergiftung. Sechs Inzisionen am l. Ober- und Unterschenkel. Erst seit dem 14. Lebensjahr merkt der Patient um die Narben auf dem l. Oberschenkel netzförmige Adern mit dunklen Punkten, aus denen sich manchmal unerwartet große Mengen blutig gefärbter klebriger Flüssigkeit entleert.

Am l. Ober- und Unterschenkel recht breite Längsschnittnarben. An den beiden Seiten einer langen Narbe an der Innenseite des l. Oberschenkels ausgedehnte rankenförmige Blutgefäßerweiterungen, die sich nach außen bis zur Hüfte hinziehen; in ihnen meist in Gruppen angeordnete lividrote, stecknadelkopfgroße Bläschen, die auf Druck vollkommen verschwinden und dann wieder emporschnellen. Die Haut zwischen den Bläschen ist unverändert. Manchmal platzt ein Bläschen, und es entleert sich aus einer stecknadelkopfgroßen Öffnung eine unerwartet große Menge dünnflüssiger, blutiggefärbter Lymphe (in 1 Stunde einmal etwa ¼ l). Bei diesem Fall von Lymphangioma circumscriptum ist auffallend die Lokalisation am Oberschenkel, das Auftreten erst im 14. Lebensjahr, die Anordnung in und um die Narben.

Das histologische Bild eines Bläschens zeigt unter dem auf wenige Zelllagen verdünnten Epithel dicht angeschlossen ohne bindegewebigen Zwischenraum verschieden große, meist birnenförmige von Endothel ausgekleidete

Digitized by Google

zystische Räume, die mit tiefergelegenen, verschieden stark erweiterten Lymphgefäßen kommunizieren.

2. *Urtikaria nach Normakol.*

40jährige Patientin bekam nach der erstmaligen Einnahme eines Eßlöffels Normakol ausgedehnte Urtikaria unter anaphylaktischen Erscheinungen (Atemnot, Herzbeschleunigung, Bewußtlosigkeit). Nach Calcium Sandoz intravenös, Koffein, Kampfer Erholung. Nach einer Woche wieder nach derselben Dosis die gleichen schweren Erscheinungen mit Auftreten der Urtikaria. (Beobachtung Dr. *Grudenberg.*)

Normakol besteht aus einem Pflanzenschleim der Bassorinreihe, dem geringe Mengen — etwa $^1/_{10}$ der sonst angewandten Dosis — Rhamnus frangula beigesetzt sind. Normakol, das kein Eiweiß enthält, wirkt nur als „Schiebemittel", ist eine vollkommen unverdauliche Substanz und wird nicht resorbiert. Es kann sich deshalb wahrscheinlich nur um eine Überempfindlichkeit gegen den Zusatz von Faulbaumrinde handeln.

Bemerkenswert ist, daß die Patientin vor 4 Jahren während der Entbindung unter Narkose eine Urtikaria bekam, später noch einmal bei der Narkose zur Tonsillektomie, und 1925 unter Schüttelfrost 40° Fieber an Urtikaria erkrankte und danach eine Arthritis des r. Handgelenks auftrat.

Herr *Franz Rosenthal: Myxödemähnliche Hartmannsche Krankheit.*

Bei einer sehr nervösen, beruflich überlasteten 37jährigen Frau treten an der Stirn und an den Fingern Schwellungen auf, die sich über das ganze Gesicht und über die Arme ausdehnen. Das Gesicht bekommt dadurch maskenartigen Charakter, so daß Sprechen und Mundspitzen erschwert wird. Ein Myxödem wurde durch die Stoffwechseluntersuchung, die eher auf eine Überfunktion der Schilddrüse hinwies, ausgeschlossen. Nach Übergreifen auf die Arme und einzelne Stellen des Rückens entwickelte sich ein Krankheitsbild, wie es auch von *Hartmann* (Graz) beschrieben wurde. (Ztrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskr., Bd. 24, H. 11/12, S. 829.) Die Ursache dieser Erkrankung, die in Österreich sehr häufig zu sein scheint, ist wohl in einer neurotisch bedingten Schwäche der Kapillaren und Vasomotoren zu suchen, die zum Ödem und schließlich zur Sklerodermie führt. Durch Belladonna und Massagen wurde eine geringe Besserung schon erzielt.

Aussprache:

Herr *L. Pulvermacher* weist darauf hin, daß Hautschwellungen, wie sie in dem vorliegenden Falle zur Beobachtung kommen, bei Hyperthyreoidismus gesehen werden.

Herr *Franz Rosenthal:* Ein 41jähriger Mann hatte vor 5 und 3 Monaten ein Erysipel der einen Gesichtshälfte und schon nach dem ersten Anfall ein beträchtliches Ödem, das sich nach dem zweiten Anfall noch vermehrte. Massagen mit Lenirenin und Höhensonnenbestrahlungen haben schon eine erhebliche Abschwellung herbeigeführt. Eine Scharlachserumeinspritzung ist zwecks Bekämpfung der Streptokokken, die wohl das Ödem immer wieder hervorrufen, geplant.

Herr *Bruhns: Über das Wachstum von Pilzkulturen auf dem Nährboden Pollaccis. Demonstration von Pilzkulturen.*

Erscheint in ausführlicher Mitteilung.

Aussprache:

Herr *W. Fischer.*

Digitized by Google

Kölner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. November 1927.

Meirowsky: Gummöse Infiltration der Gesichtshaut.

Die Anamnese deutet auf eigene Lues und Lues des früh gestorbenen Ehemanns. Gesichtshaut dunkel gerötet und infiltriert. Rückgang nach spezifischer Behandlung. *Berger* beobachtete ähnlichen Fall, der auch lange unter falscher Diagnose blieb.

Meirowsky: Alopezia atrophicans Brocq.

Auf den Hinterkopf etwa talergroße, fast haarlose Stelle. Einzelne abgebrochene Haare sichtbar.

Meirowsky: Neurofibromatosis.

Das Kind zeigt jetzt, wo es in das Pubertätsalter tritt, Neubildung von vielen Pigmentflecken. In der Familie mehrere Fälle von Recklinghausen.

Meirowsky: Adenoma sebaceum.

Über das ganze Gesicht verstreut zahllose Knötchen der Affektion sichtbar; mehrere Nävi sind vorhanden. Keine geistigen Defekte. Familienanamnese belanglos. Elektrokoagulation nach *Buschke-Langer* gibt vorzügliche kosmetische Resultate. *Salomon* (Koblenz) erzielt gleiche Erfolge schon seit 8 Jahren mit der einpoligen Forestnadel.

Meirowsky: Lichtentzündung durch elektrischen Lichtbogen.

Der Patient ist Schweißer und bekommt bei seiner Arbeit immer eine nässende Gesichtsentzündung. *Berger* sah solche Entzündung auf der Brust, was durch kegelförmige Ausstrahlung des Lichtbogens erklärt wird.

Berger: Lupus erythematodes.

Herde im Gesicht, auf der Kopfhaut und an den Ohren, die zum Teil den Charakter eines seborrhoischen Ekzems zeigen. *Salomon* verwendet Triphal, *Falkenstein* nur noch Aurophos, von dem er, im Gegensatz zu Triphal, nie Zwischenfälle sah.

Berger: Pruritus bei Lymphogranulomatose.

Hautjucken. Befund war retrosternaler Tumor, der bei Operation als Lymphogranulom erkannt wurde. Erst spät wurden die oberflächlichen Drüsen befallen. Nach Bestrahlung Besserung, auch des Pruritus.

Berger: Venenklappen der Fersenhaut.

Derbe Knötchen in der Knöchelgegend beider Füße, die jedoch nur beim Auftreten erscheinen, bei Entlastung der Füße verschwinden.

Krayn: Sclerodermia circumscripta.

Herde auf Brust und Seite, zum Teil mit schönem Lilaring.

Dreyer: Angiofibrom.

Vor 13 Jahren Granatsplitterverletzung; dann allmählich wuchs und verschwand wieder eine kleine fleischfarbene Geschwulst unterhalb des rechten Auges an der Stelle der ehemaligen Verletzung. Es blieb die glasige, segmentierte, von feiner Epidermis bedeckte Geschwulst, die mit Venektasien überzogen war. Radiumbehandlung erfolgreich.

Dreyer: Alopezia areata totalis.

Totaler Haarausfall bis auf die Achselhaare. Vor 8 Jahren mit fünf Kuren behandelte Lues. Wa.R. negativ. Auf Höhensonnenbestrahlung allmählich Wiederkehr der Haare.

Digitized by Google

Dreyer: Lues framboesiformis.

Frambösiforme Papeln auf den linken Nates. 38jährige Frau. Lues ignota.

Dreyer: Pityriasis versicolor.

Haut seitlich am Hals gerötet und fein gefältelt. In den Schuppen Pilze. Vater wegen gleicher, den ganzen Rumpf überziehender Pityriasis vor Jahren behandelt.

Dreyer: Acrodermatitis hiemalis pustulosa (Radcliffe-Crocker).

Anamnestische Apizitis. Bei 25jährigem Mädchen kehrt im Winter jedesmal ein aus linsengroßen Pusteln bestehender Ausschlag an den Extremitäten wieder, der mit Atrophien ausheilt. Auch Pusteln auf dem Gesäß. Vortr. faßt die Erkrankung als Tuberkulid auf.

Aus der Universitätshautklinik.

Krantz: Lichen scrophulosorum.

Bisher gesundes Kind. Kränkelt seit Frühjahr. Hilusdrüsentuberkulose nachgewiesen. Auf dem ganzen Körper verbreitet ein aus kleinen Papeln bestehendes, schuppendes Exanthem.

Sitzung vom 25. November 1927.

Salomon (Koblenz): *Erythema acutum centrifugum annulare multiplex.*

Auf der Haut des ganzen Körpers findet man urtikarielle rote, manchmal blaurote Halbringe, die nach Abheilung eine starke Pigmentierung, auch im Innern des Ringes, hinterlassen. Die Einzeleffloreszenzen sind als dem Erythema multiforme nahestehend anzusehen. *Dreyer* meint, daß Pigmentierung und Lokalisation auf Dermatitis herpetiformis hindeuteten. *Zinßer* sieht die Erkrankung als eine Urticaria gyrata an.

Selbach (Wiesdorf): *Lupus erythematodes.*

Im Krieg sind dem Patienten in Rußland beide Ohren erfroren. Vor 10 Jahren litt er an Knochentuberkulose des Unterkiefers. Es entwickelten sich im Lauf der Zeit von den Ohren ausgehend beiderseits etwa handtellergroße Herde.

Kretz: Lichen ruber striatus.

An der Beugeseite des linken Beins zieht sich ein oben zirka 2 cm, unten 5—6 cm breiter Streifen von Lichenknötchen, zum Teil verhornt bis zum Fuß hinab. Am rechten Bein und an den Armen Einzelherde. Schleimhaut frei. *Berger* glaubt an Zusammenhang der eigenartigen Lokalisation mit dem Nervensystem; *Zinßer* nimmt Varizen und den Verlauf der Hautvenen als ursächlich hierfür an.

Dreyer: Urticaria chronica recidivans.

Die 38jährige Kranke, die an dauernden Urtikariarezidiven leidet, hat 0,3 Arsen erhalten. Jetzt zeigt sich eine starke Pigmentverschiebung am Hals und an den Armen, die nicht auf die Arsengaben zurückgeführt wird.

Dreyer: Komedonennävus.

Seit früher Jugend auf den Schulterblättern in fünfmarkstückgroßen Bezirken gruppierte Komedonen, die nävusartigen Eindruck machen. *Zinßer* findet neben den Komedonen narbige Veränderungen neben atrophischer Haut, wie er es im Gebiet von Zosternarben beobachten konnte. *Dreyer* sah gleichfalls Komedonen in Zosternarben, die aber später verschwanden. Die Narben des vorliegenden Falles werden auf Akne zurückgeführt.

Digitized by Google

Dreyer: Parapsoriasis.

Bei dem 13jährigen Knaben findet man über die ganze Haut verstreut Plaques bis Talergröße. Die Haut ist in diesen Bezirken leicht gerötet, fein gefältet und in der Mitte leicht schuppend. Am Hals leicht erhabene Knötchen.

Dreyer: Leukoplakie der Zunge.

Ältere Frau, die seit 20 Jahren an Ekzem und Magenstörungen leidet. Am linken Zungenrand und in Zungenmitte scharf umschriebener, weißlich verfärbter Bezirk ohne Knötchen, der seit 1½ Jahren unverändert besteht.

Falkenstein: Dermatis symmetrica (artificialis?).

49jähriger Anstreicher. Seit 8 Tagen leidet Pat. an Hautentzündungen an den Streckseiten der Unterarme, um die Achselhöhlen, auf Brust und Rücken und Nacken, fast überall symmetrisch angeordnet. Im Nacken und an den Armen Blasen bis bohnengroß, mit teils klarem, teils hämorrhagischem Inhalt. Abheilung erfolgt sehr rasch unter indifferenter Behandlung. Die Erkrankung entspricht der Dermatitis dysmenorrhoica symmetrica *Matzenauer-Polland* der Frauen in ihrem Aussehen. *Seligmann* sah mehrfach symmetrische, schnell vorübergehende Dermatitiden und glaubt nicht an Artefakte in solchen Fällen.

Birkner: Genitalhypoplasie.

20jähriger Patient mit normalem Haarwuchs in Achselhöhle und den Pubes. Penis von halber Kleinfingergröße. Hoden im Leistenkanal. Erektionen sollen stattgefunden haben. Bemerkenswert ist das Fehlen der Calvities frontalis.

Aus der Universitätshautklinik.

Zinßer: Pernakrankheit.

Das junge Mädchen hat in einer Fabrik elektrischer Zünder mit gechlorten Kohlenwasserstoffen gearbeitet. Jetzt zeigt sich eine über den ganzen Körper in dichtester Aussaat verbreitete Komedonenakne. *Dreyer* hält die Entstehung auf innerlichem Weg mit Ausscheidung des schädlichen Agens durch die Hautdrüsen für wahrscheinlich. *Fritz Falkenstein* (Köln).

Gesellschaft für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Kiew.

Sitzung am 3. April 1927.

Vorsitzender: *A. Tischnenko.* Schriftführer: *L. Slutzky.*

Aus der Klinik von *A. Tischnenko* zeigten:

1. *S. Poplawsky: Trophoedema* der unteren Orbikularregion bei einem 18jährigen Schachtarbeiter. Innere Organe, Nervensystem o. B. Geschlechtsorgane, Prostata von kleiner Dimension. Keine Libido. Wachstum der Schamhaare nach Frauentypus. Familienanamnese nichts Besonderes. *A. Tischnenko* führt das Leiden auf eine Dysfunktion der Geschlechtsdrüsen zurück.

2. *F. Koljada: Lupus vulgaris* der Nase und harten Gaumens, kombiniert mit *Lichen scrophulosorum* am Stamm bei einem 7jährigen Mädchen. Pirquet (25% Alttuberkulin) — stark positiv.

3. *Derselbe* demonstrierte einen 2jährigen Knaben mit zahlreichen *Scrophulodermen* am Kinn und Leistengegend, *Lichen Scrophulosorum* am Rumpf und *Follikuli* an den unteren Extremitäten. Pirquet stark positiv.

4. *A. Lebedew: Lupus erythematodes* bei einer 23jährigen Frau. Sichtbare Besserung nach Krysolganntherapie (sieben Injektionen im Laufe von

Digitized by Google

3½ Monaten. Dos. 0,0001—0,001, Gesamtdose 0,0036). Keine Störung des Allgemeinbefindens.

5. *L. Christin: Erythema induratum Bazin der Unterschenkel* bei einem 16jährigen Mädchen. Das Leiden schwindet im Sommer, rezidiviert im Herbst. Mit 12 Jahren litt Patientin an Tuberkulose der Submaxillardrüsen, mit 14 Jahren an Bluthusten. Im Röntgenbilde Verdichtung der Paratrachealdrüsen. Pirquet — positiv. Wa.R. — negativ. Mikroskopisch — schmale Epidermalschicht, Infiltration der Blutgefäße und des Unterhautzellgewebes.

6. *M. Wischnepolsky: Lupus erythematodes* kombiniert mit Tuberkulose der Gelenke bei einer 42jährigen Frau.

7. *Derselbe* — einen 42jährigen Mann mit *Lupus erythematodes* gut beeinflußt durch Behandlung mit intravenösen Injektionen von Chinin. muriat. und nachfolgendem Bestreichen der affizierten Herde mit Tinct. jodi (Modifikation der Holländerschen Methode).

8. *E. Back-Slutzky* (Zentrale Kinderpoliklinik) zeigte einen 11jährigen Knaben mit *Morbus Recklinghausen.* Zahlreiche Café-au-lait-Flecke, ephelidenartige Flecke am Rumpf, am Halse bandförmig gelagert. Zahllose Neurofibrome von Stecknadelkopf- bis Erbsengröße längs der Interkostalnerven gelagert. Ein pflaumengroßes Neurinom rechts am N. ulnaris, links spindelförmige Verdickung des N. medianus. Innere Organe o. B. Psyche defektiv. Wa.R. — negativ. Im Blute Eosinoph. 8%. Familienanamnese nichts Besonderes.

9. *E. Kistiakowsky: Hypertrichosis* der Schläfen bei einem 20jährigen kongenital luetischen Manne.

10. *Derselbe* zeigte einen 45jährigen Mann mit einer säbelförmigen Deformation des linken Beines, entstanden angeblich im Laufe des letzten Jahres.

11. *L. Goldenberg: Lichen ruber planus* am Rumpf und Extremitäten. Sichtbare Besserung nach Einnahme von Kalium jodatum. (Gesamtdosis 40 g.) Heilt ab mit Hinterlassung von kleinen Pigmentfleckchen.

12. *N. Czwanoff* (Klinik Tischnenko): *Ulcus induratum der Wange* und Roseola syphilitica am Rumpf bei einer 38jährigen Frau.

13. *M. S. Robinowitsch* zeigte einen 26jährigen Mann mit *Urticaria perstans.*

Sitzung am 12. April.

Diskussion zur Sitzung am 3. April (s. o.).

F. Kaljada: Scrophuloderma, Lichen scrophulosorum. Folliklis. L. Slutzky sieht das Interesse des Falles im Übergreifen der tuberkulösen Affektion von den Lymphdrüsen auf die Haut. *E. Back-Slutzky* berichtet über gute Erfolge bei Behandlung von Lichen scroph. mit Quarzlampe. *S. Glaubersohn* teilt einen Fall mit, wo nach Quarzbestrahlungen von papulonekrotischen Tuberkuliden eine Meningitis auftrat, die zum Tode führte. *A. Tischnenko:* Lichen scrophulosorum tritt gewöhnlich bei Tuberkulose der Lymphdrüsen und Knochen auf, nicht aber der inneren Organe, und ist als eine Schutzreaktion des Organismus zu betrachten.

A. Lebedew: Lupus erythematodes nach Krysolganbehandlung. *A. Lurie* berichtet über drei von ihm behandelte Fälle, die nach Krysolgan abheilten,

Digitized by Google

in einem rezidivierte aber das Leiden. *A. Tischnenko* weist darauf hin, daß die Krysalgantherapie gut vertragen wurde und zur Besserung führte.

E. Back-Slutzky: Morbus Recklinghausen. A. Tischnenko lenkt die Aufmerksamkeit der Versammlung auf die überaus große Zahl der Neurinome.

E. Kistinkowsky: Säbelförmige Deformation des linken Beines. A. Lurie: Derartige Deformation wird nur bei Lues congenita beobachtet; das Auftreten der Affektion im späten Alter ist selten.

A. Tischnenko hält den Fall für Osteomyelitis.

Referentin *Eugenie Back-Slutzky.*

Periodische Literatur.

Zusammengestellt von Dr. *Arthur Alexander* in Charlottenburg.

Dermatologie.

Allgemeine Symptomatik. Kasuistik.

Freund Emanuele: **Über einen weiteren Fall von Melanodermitis toxica lichenoides et bullosa Hoffmann.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 3. S. 998.

Der von *Freund* beschriebene neue Fall von Melanodermia toxica lichenoides *Hoffmann* betrifft einen in einer Schiffskellerei beschäftigten Arbeiter, der im Ballastraum eines im Bau begriffenen Schiffes während der Arbeit den Dämpfen flüssigen Teeres ausgesetzt war. Nach etwa 3 Monaten bemerkte er im Gesicht und am Stamm schwärzliche Flecken. Es wurde folgender *Befund* erhoben: die Haut im Gesicht, am Hals und am Nacken hat eine dunkelschiefergraue Farbe, verursacht durch eine Hyperpigmentation von netzartigem Charakter und von einer Verteilung entlang den Hautgefäßen. Die Hyperpigmentation fehlt auf Thorax und Rücken vollständig, ist aber in geringerem Grade auf dem Bauche, wo sie ein großes Netz bildet, und auf der Vorderseite der Vorderarme vorhanden. Besonders deutlich ist sie auf den Stirnhöckern, wo die Haut atrophisch und leicht chagriniert erscheint, während in den Achselhöhlen ein wahrer Zustand von Spinulosismus besteht. Penis und Skrotum weisen keine besonderen Veränderungen auf. *Augenuntersuchung:* Pinguecula auf beiden Augen, eine kleine parenchymatöse Hämorrhagie in der Retina des r. Auges, und einen Fleck auf der bulbären Konjunktiva, zusammengesetzt aus ganz kleinen in verschiedener Richtung verlaufenden braunen Streifen, der zum Teil auf der bulbären Konjunktiva, zum Teil episkleral sitzt.

Histologische Untersuchung: Hyperkeratose, Verschluß der Follikel durch Hornzapfen. Das rete Malpighi, streckenweise stark atrophisch, weist perinukleäre Vakuolisation auf. Das Stratum basale ist stark verändert, seine Zellen auseinandergedrängt, bilden zahlreiche Vakuolen verschiedener Größe. Die Papillen infolge des Ödems entweder ganz geschwunden oder geschwellt. Papillarkörper und Stratum subpapillare sind der Sitz längs des Verlaufs der Gefäße angeordneter beträchtlicher kleinzelliger Infiltrate. Innerhalb und in der Umgebung dieser Infiltrate finden sich starke Chromatophorenmassen neben Körnchen freien Pigmentes. Blutgefäße stark verändert. Von den Hautadnexen weisen die Follikel und Drüsen

Digitized by Google

hyaline Degeneration infolge der zystischen Hyperkeratose und Atrophie auf. Die wenigen sichtbaren Haare zeigen ähnliche Veränderungen. Die Schweißdrüsen sind normal oder zeigen teilweise hyaline Degeneration. Die Schweißdrüsenausführungsgänge sind leicht dilatiert und werden von einem kleinzelligen Infiltrat begleitet. Das elastische Netz ist dort erhalten, wo keine kleinzellige Infiltration besteht; an Stellen der Infiltration ist es rarefiziert und fragmentiert. Die *Dopareaktion* gab folgenden Befund: mittlere Intensität in der Epidermis; im Stratum basale sieht man Melanoblasten mit den üblichen Charakteren, isoliert („diskontinuierliche Reaktion") bilden sie ein sehr feines Netz mit ihren protoplasmatischen Ausläufern. In den Follikeln ist die Reaktion noch weniger ausgesprochen. Die Melanoblasten kontrastieren stark mit den Chromatophoren durch ihre dunkelschwarze Farbe und das homogene und granulierte Pigment. In der Kutis fehlt die Dopareaktion vollständig.

Klinisch handelt es sich um einen Mann ohne organische Defekte, ausgenommen eine ausgesprochene Hyperhidrosis. Alle Prüfungen des endokrinen und Nervensystems fielen negativ aus, ebenso die verschiedenen klinischen Untersuchungsmethoden.

Freund nimmt an, daß die Hauterkrankung durch die Teerdämpfe verursacht wurde. Prädisponierend wirkte die auch durch den Befund des „Lepothrix" in den Haaren der Achselhöhle dokumentierte Hyperhidrosis. Beschleunigend auf den Prozeß wirkte das fortwährende Abreiben des Gesichts und Thorax durch den Kranken mit einem Taschentuch. Was den Verlauf betrifft, so zeigte sich nach einigen Tagen mit starker Sonnenbestrahlung eine Vermehrung der Hyperchromie im Gesicht, welcher ein starkes Ablassen der hyperpigmentierten Teile und eine Besserung der Augenveränderungen folgte. Nach dem Austritt aus dem Krankenhaus wurde die Hyperpigmentierung von neuem intensiver und blieb so bis heute.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Glaubersohn: **Über Kriegsmelanose.** Ruskij Westnik Dermatologii 1927. Bd. 5. Br. 5.

Verf. fügt zu den von *Tyschnenko* beschriebenen 2 Fällen von sogenannter Kriegsmelanose zwei eigene, in Kiew beobachtete Fälle, welche soviel beweisen, daß diese Krankheit nicht nur in Österreich, Deutschland und Frankreich vorkommt. Der eine von den beiden beschriebenen Fällen war 68 Jahre alt und Fuhrmann, der andere 62 Jahre alt und Schneider. Beide geben an, einige Jahre bereits die universale pigmentierte Haut zu haben. Die Ätiologie blieb unklar, vielleicht hat in dem einen der beiden Fälle Teergebrauch mitgespielt. Obgleich sich in beiden Fällen, außer der Pigmentation, auch miliare Knötchen fanden, entsprachen dieselben, trotz großer Ähnlichkeit mit dem Lichen ruber planus, nicht letzterer Krankheit. *A. Jordan.*

O. Walter und *A. Stein:* **Primula-Dermatitis.** Klinitscheskaja Medicina 1927. Bd. 5. Nr. 1.

Verfasser stellten experimentelle Versuche mit Ätherextrakten der Primula obeonica an und überzeugten sich, daß bei jedermann entzündliche Reaktionserscheinungen hervorgerufen werden können, wobei dieselben, bei Epidermisverletzungen, verstärkt sind, aber immer lokal bleiben. Die Reaktion ist, je nach der Konzentration des Extraktes, eine verschie-

Digitized by Google

dene; am stärksten in Blasenform, welche zur Verheilung eine recht lange Zeit, bis zu 94 Tage, beanspruchen kann. Histologisch sieht man einen entzündlichen, mit Nekrose und Ödem einhergehenden Prozeß, welcher in ein chronisches Stadium übergeht, wobei sich das Epithel regeneriert, aber das entzündliche Infiltrat andauert, welches durch Vorkommen von Riesenzellen einen eigenen Charakter hat. *A. Jordan.*

Eitel: **Zur Frage der Primeldermatitis.** M. K. 1927, 22.

Unter Ablehnung von *Pinkus'* radikalem Standpunkt, alle Primeln überhaupt zu verbieten, ein Standpunkt, gegen den sich auch die Gärtner begreiflicherweise sträuben würden, empfiehlt Verf. gegen die nur bei 6 % aller Menschen mögliche Primeldermatitis ein auch in Gärtnerkreisen bekanntes einfaches Mittel, nämlich Abwaschen der juckenden Hautstellen mit einer Lösung von 1—2 Eßlöffeln von Natr. bicarb. in 1 l Wasser. Lösung vor Abtrocknen noch einige Zeit wirken lassen. Erfolg augenblicklich. Wahrscheinlich wird das saure hautreizende Trichomsekret der Primel durch obige alkalische Lösung neutralisiert. Puder und Salben sollen so wenig schnellen Erfolg haben, weil unter ihnen das Primelsekret weiter arbeiten kann. Verf. weist auf dieses Verfahren nur hin zur Nachprüfung, er selbst hatte bislang nur einmal Gelegenheit es zu versuchen und dies eine Mal mit sofortigem Erfolg. *Siegfried*-Aachen.

Franz Touton-Wiesbaden: **Das Primelekzem und die modernen Heilversuche.** Knolls Mitt. f. Ärzte. 1926. H. 2.

Schilderung der bekannten Primeldermatitis und Erörterung der spontanen Empfindlichkeit, der Sensibilisierbarkeit und der Frage der praktisch sehr wichtigen Desensibilisierung. *Arthur Alexander*-Berlin.

Nestler: **Zur Kenntnis der Primeldermatitis.** M. K. 1927, 9.

Entgegnung auf *Pinkus'* Imperativ: „Fort mit den Primeln" (M. K. 1926, 37). Da die meisten der tausende Primelvarianten ebenso hübsch wie harmlos sind, wäre es unangebracht der wenigen mitunter schädlichen wegen (Primula obconica und sinensis und einige, weniger sonst angeführten, die aber nur selten kultiverti werden) alle Primeln zu verbannen. Es genüge die Kenntnis des Primelekzems möglichst zu popularisieren, was wohl schon geschehen sei und im Falle eines Verdachtes auf Primelekzem, eben aber nur dann, alle Primeln aus der Umgebung des Kranken zu entfernen, ob schädlich oder nicht. *Siegfried*-Aachen.

Anatol Kartamischew (Deutsche Univ.-Hautklinik Prag): **Weitere Untersuchungen über das Wesen des Pemphigus.** A. f. D. Bd. 148. S. 69.

Im Verfolg früherer Feststellungen stark gestörten Na-Cl-Stoffwechsels bei Pemphiguskranken wurde ein Fall acht Monate nach Heilung erneut untersucht, der auch dann, wenn auch etwas geringere, Na-Cl-Retention zeigte. Die damit nachgewiesene Ödembereitschaft auch bei Fehlen äußerer Symptome rechtfertigt die Aufstellung des Begriffes Pemphigus latens. Post mortem ließ sich retiniertes Na-Cl nicht in den Geweben nachweisen. Organotherapie blieb bei Erkrankten ohne Erfolg. NaCl-Stoffwechseluntersuchungen bieten die Möglichkeit der Frühdiagnose und der Aufklärung über die noch ungelöste Frage der Heredität. *Sinn*-Aachen.

Digitized by Google

M. Hasselmann-Frankfurt a. M.: **Über den Befund von Kettenkokken im Blut beim Pemphigus vulgaris mit folgender Parotitis purulenta.** Derm. Woch. Bd. 83. Nr. 52a. 1926.

Bei einer an Pemphigus vulgaris erkrankten Pat. gelang es mehrmals aus dem Blut und dem Blaseninhalt Kettenkokken zu züchten. Während noch neue Blasenschübe auftraten, entwickelte sich eine Parotitis purulenta, bei der sich im Eiter ebenfalls Kettenkokken fanden. Nach mehrfacher Inzision kam die Parotitis zur Ausheilung und später heilte auch der Pemphigus unter starker Pigmentation ab. Das Vorhandensein von Kettenkokken im Blut und Blaseninhalt ist natürlich nicht beweisend dafür, daß diese Kokken ätiologisch als Erreger des Pemphigus anzusprechen sind, vielmehr können sie nach Bestehen des Pamphigus von exkoriierten Hautstellen aus in den Kreislauf gelangt sein. *Krüger*-Sagan.

O. Blatt-Lemberg: **Eine ungewöhnliche zosteriforme und pemphigoide Blaseneruption.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 3. 1927.

Bei einem 14jährigen Bauernmädchen entstand am Hals eine leicht fluktuierende Geschwulst. Etwa zwei Monate später traten am Halse Rötung und Blasenbildung auf, die sich allmählich weiter ausbreiteten. Bei der Aufnahme fanden sich im Gesicht, am Halse, besonders dicht am Brustkorb symmetrisch verteilt braunrote, quaddelartig erhabene Erythemflecke und mehrere symmetrisch verteilte prallgespannte Blasen mit serösem Inhalt am Halse, in der Umgebung der Achselhöhle und in den Ellenbeugen. Über den Verlauf des Krankheitsbildes ist zu berichten, daß die Geschwulst am Halse zunächst an Größe zunahm und ebenfalls noch eine wesentliche Verschlimmerung des Hautbefundes eintrat. Nach Spaltung der Geschwulst, aus der sich reichlich Eiter entleerte, bildete sich mit dem Hautbefund das ganze Krankheitsbild zurück. Es handelt sich also um das Auftreten von urtikariellen Hauterythemen mit nachfolgenden Blaseneruptionen im Anschluß an einen akuten eitrigen Drüsenabszeß am Halse. Die Blaseneruption zeigte eine streng symmetrische Gruppierung und metamerische Anordnung. Auf Grund dieser Merkmale wird angenommen, daß die Hautveränderungen durch eine entzündliche Alteration der Spinalganglien hervorgerufen wurde. *Krüger*-Sagan.

Moreinis und *Medwedew:* **Ein Fall von Pemphigus vegetans mit starker Retention der Chloride und Nierenhypofunktion.** Russki Westnik Dermatologii. 1927. Nr. 6.

Unsere immer noch zu schwachen Kenntnisse über das Wesen des Pemphigus und besonders des P. vegetans werden bereichert durch diesen Fall; welcher zur Autopsie kam. Es erwies sich, daß die Gewebe des Darmes eine beträchtliche, diejenigen der Milz, der Leber und der Muskulatur eine geringe Zunahme des NaCl-Gehaltes, die Haut und das Rückenmark eine Verminderung des normalen NaCl-Gehaltes aufwiesen. *A. Jordan.*

L. Chatellier: **Ein Fall von Pemphigus vegetans.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 2. 1927.

Das Pemphigus vegetans, von dem *Frühwald* 220 Fälle sammelte, ist in Frankreich äußerst selten. *Ch.* beschreibt eine Beobachtung: Beginn vor 1½ Jahren auf der Mund- und Pharynxschleimhaut im Anschluß an

Digitized by Google

die Menopause. Nun Wucherungen am ganzen Körper, nicht nur in den Hautfalten. Bluteosinophilie von 28 %. *Zurhelle*-Bonn.

Felke und *H. Nagell:* **Zur Frage der Ätiologie des Pemphigus vulgaris.** Münch. med. Woch. Nr. 45. 1926.

Bei zwei Pemphigusfällen wurden sowohl aus dem Blut wie aus dem Blaseninhalt ein grampositiver diplokokker Stamm gezüchtet, der mit dem von *Eberson* als Bact. Pemphigi bezeichneten identisch zu sein scheint. Wieweit er als Erreger in Frage kommt, muß durch weitere Untersuchungen geklärt werden. *Weinstock*-Charlottenburg.

Martha Richter, **Bakteriologische Befunde bei Säuglingspemphigus.** Münch. med. Woch. Nr. 5. 1927.

In fünf Fällen von Säuglingspemphigus fanden sich im Ausstrichpräparat ein Gram positiver Diplokokkus, der auf Aszites und Blutagar Hämolyse verursachte. Verfasserin nimmt an, daß der Diplokokkus mit dem kürzlich von *Felke* und *Nagell* bei zwei Fällen von Pemphigus bei Erwachsenen beschriebenen Diplokokkus identisch sei.

Weinstock-Charlottenburg.

Bernucci, F.: **Fall von Pemphigus vegetans mit Übergang in eine Pyodermite vegetante Hallopeau.** Gionale it. 1927.

Der auf der piemonteser Sektion der ital. Ges. f. Dermatol. vorgestellte Fall betrifft eine 60jährige Frau, bei der vor zwei Jahren ein Pemphigus vulgaris auftrat, der sich nach kurzer Zeit in einen Pemphigus vegetans verwandelte. Seitdem traten keine Blasen mehr auf: seit mehreren Monaten schritten die schon in Heilung begriffenen Herde in der Weise fort, daß Pusteln an der Peripherie auftraten, die konfluierten und zur Bildung polyzyklischer Begrenzungen durch Aufhebung der infizierten Epidermis führten. Subkutane Inokulation abgeschwächster Kulturen der aus geschlossenen Pusteln gewonnenen Eitererreger führten bei der Patientin selbst zu ähnlichen Bildungen mit zentrifugaler Progression.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Ruete-Marburg: **Über Pemphigus vegetans.** D. m. W. 1927. Nr. 31.

Als ätiologischer Beitrag zu dem Krankheitsbild des Pemphigus vegetans, der nach der Zusammenstellung von *Frühwald* in 73 % der Fälle letal verläuft, wird die Krankengeschichte mit Photogrammen und histologischen Bildern eines geheilt gebliebenen Falles mitgeteilt. Die an Haut und Schleimhaut bestehenden Effloreszenzen, sowie der Allgemeinzustand zeigten eine deutliche Abhängigkeit von den bei der 37jähr. Patientin herrschenden Menstruationsstörungen, indem zunächst das Ausbleiben der Menses, später auch jedes Neueinsetzen der wieder regelmäßig sich einstellenden Blutungen das klinische Bild verschlimmerte. Nach Versagen zahlreicher Mittel wird ein *Dauererfolg* (bisher drei Jahre) nach *Röntgenkastration* und Injektion von *Autovakzine* beobachtet. Verf. kommt daher zu der Überzeugung, daß der Pemphigus vegetans weder durch bestimmte Erreger noch durch bestimmte Erkrankungen des Zentralnervensystems hervorgerufen wird, sondern lediglich ein Symptom für andere, im Körper sich abspielende Vorgänge — sei es eine Störung des Stoffwechsels oder der inneren Sekretion — ist. *O. Dittrich*-Kiel.

Digitized by Google

Crosti Agostino: **Herpes zoster bei generalisierter Sklerodermie.** Giorn. ital. die dermatol. 1927. H. 1. S. 37.

Crosti beschreibt als seltene Beobachtung einen Herpes zoster auf sklerodermatischer Haut bei einer 47jährigen Patientin mit progressiver allgemeiner Sklerodermie. Der Zoster saß am Halse und bot durch den Mangel einer entzündlichen Kutisreaktion ein klinisch abgeschwächtes Bild dar; doch war die globiforme Degeneration typisch ausgesprochen; nur einige degenerative Herde hatten sich in wahre Blasen umgewandelt, meist saßen sie als keilförmige Gebiete massiver Nekrose in dem Rete Malpighi. Die Dermatose wies daher eine besondere Trockenheit auf; sie war hyperpigmentiert, weil sie sich auf einem hyperpigmentiertem Gebiete entwickelt hatte. Der Autor erörtert die Pathogenese des Zoster, sowohl hinsichtlich seiner Beziehungen zu den nervösen Zentren, wie zu zerstörenden Veränderungen am vegetativem Nervensystem; er zieht auch die Möglichkeit eines symptomatischen Zosters mit Bezug auf die Grundkrankheit, die Sklerodermie in Betracht, wahrscheinlich aber handelt es sich nach den vorliegenden klinischen Beobachtungen um einen essentiellen Zoster. Die eventuellen Beziehungen zwischen Zoster und Sklerodermie sind noch absolut dunkel und übrigens nur sehr selten festzustellen. Die Patientin starb drei Monate nach dem Auftreten des Zoster an einer Bronchopneumonie. In den dem Zoster entsprechenden Halsganglien und in den Hintersträngen des Rückenmarks wurden weder Hämorrhagien, noch kleinzellige Infiltrate, noch degenerative Veränderungen oder Narben gefunden. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Josef Siegl: **Zum ätiologischen Zusammenhang von Herpes zoster und Varizellen.** Münch. med. Woch. Nr. 5. 1927.

Verf. impfte mit Hilfe der Skarifikationsmethode den Inhalt eines Herpeszosterbläschens auf sechs Kinder über. Nach einer Inkubationszeit von 22 bzw. 23 Tagen erkrankten zwei von den sechs geimpften Kindern an Varizellen. Ein ungeimpftes Kind erkrankte ebenfalls an Varizellen, die Infektion ist wahrscheinlich von einem geimpften Kind ausgegangen. Von den drei an Varizellen erkrankten Kindern boten zwei ein ganz charakteristisches Bild und einen typischen Krankheitsverlauf, während ein Kind nur mitigierte Varizellen zeigte.

Auf Grund dieser Beobachtung betont der Verfasser den ätiologischen Zusammenhang zwischen Varizellen und dem klinisch-idiopathischen Herpes zoster. *Weinstock*-Charlottenburg.

Die drei folgenden Referate über das gleiche Thema betreffen Vorträge, die gelegentlich der 6. jährlichen Tagung der Br. Ges. der Dermat. u. Syphilidologen in Birmingham am 19. Juli 1926 gehalten wurden.

Perdrau, **Herpetic Diseases. (Herpeskrankheiten).** Br. Journ. D. O. a. G. 1927. 1.

Verf. sucht in seinem 12 Seiten langen Vortrag den Nachweis zu erbringen, daß Herp. simpl. und febrilis durch ultramikroskopisches Virus veranlaßt werden, das saprophytisch und ubiquitär auf Schleimhäuten, besonders des Mundes, sich befindet. Dieses Agens, das für Menschen wenigstens harmlos ist, soll manche Fälle von Herpes zoster verursachen, indem es die entsprechenden, irgendwie geschädigten, hinteren Rückenmarksganglien befällt. Interessant ist, daß in den ersten drei Wochen unter

Digitized by Google

besonderem präservierenden Verfahren das Gehirn von Tieren, die gegen Herpesvirus immun gemacht wurden, eine aktivierende Wirkung in vitro auf das Herpesgift ausübt, erst in der 4.—6. Woche der Präservierung treten Herpesantikörper auf. Wir haben also hier die Antipoden: Aggressin-Antikörper. Weiter glaubt Verf., daß manche Zosterfälle einem Gift ihr Dasein verdanken, das dem der Varizellen ähnelt. Schließlich gibt es außer einem harmlosen Herpesvirusstamm auch noch einen sehr pathogenen, der zur Encephalitis lethargica führen kann, also rein neurotrop sich verhält. Dazu fünf Literaturen und zwei Mikroskopien (Querschnitt durch erkranktes Rückenmark bei Zoster und Entzündungsherd, stark vergrößert, des vorderen Horns ebendort bei Zoster.) *Siegfried*-Aachen.

Roxburgh: **The Pathological Relationship of the Herpetic Diseases from the clinical standpoint. (Pathologische Verwandtschaft der Herpeserkrankungen vom klinischen Standpunkt aus).** Br. J. o. D. a. S. 1927, 1.

Auch dieser 18 Seiten lange Vortrag befaßt sich mit den Beziehungen des Herp. febr. oder recurrens, des H. genitalis, H. zoster, der Varizellen und der Encephalitis lethargica zu einander. Überimpfungen von H. simpl. von Mensch zu Mensch gelangen oft besonders bei Personen, die sonstwie oft an H. simpl. leiden. Kranke mit Encephalitis lethargica sind besonders impfempfänglich. Dieses Phänomen, das gegen die Identität des Virus beider letzterer Krankheiten spricht, ließe sich aber vielleicht durch Aggressine erklären. (Siehe Referat vorher. Ref.) Für die Identität beider Krankheiten sprechen ebenso viele Gründe (vier angeführt) wie dagegen (sechs angeführt). Interessant ist weiter, daß schon *Jenner* bei seiner Vakzination auffiel, daß die Gegenwart von H. simpl. genügte seine Impfpustel nicht angehen zu lassen. „Unterdrücke den Herpes und alles geht gut". Herp. genitalis ist ansteckend, im Übrigen mit H. simpl. wohl identisch. Zwischen Zoster und Varizellen bestehen besondere Beziehungen, wie aus Wiener Versuchen, aber nur an Kindern unter fünf Jahren hervorzugehen scheint (*Kundratitz*). Demnach gelang es, mit Zosterinhalt 28 Kinder zu impfen, und von diesen entwickelten einige Varizellen oder gaben Anlaß zu Varizellenübertragung. Neun Kinder mit Varizellen- oder Zosterantezedentien sprachen auf die Zosterimpfung nicht an. Für Verwandtschaft von Varizellen und Zoster, auch solchem nach As. usw. soll sprechen, daß Varizellenantikörper im Zosterkrankenseren gefunden wurde. Wie aber die Beziehungen sind, warum z. B. das Gift mal Zoster mal Varizellen erzeugt, warum Varizellen häufiger durch Infekt von Zosterkranken zustande kommt als umgekehrt, Zoster von Varizellen, wie man die Fälle erklären soll, wo beide Leiden zugleich am gleichen Kranken auftreten, oder wo Zoster einige Wochen hinter Varizellenausbruch auftritt, bleibt noch zu klären. Unklar ist auch noch, ob nicht Zoster außer vom präsumptiven Virus durch Trauma oder Toxine allein erzeugt werden kann. Dazu 41 Literaturen.

Siegfried-Aachen.

Bedson: **Contribution to the discussion on „The pathological Relationsships of the Herpetic Diseases". (Beitrag zur Streitfrage über „Die pathologische Verwandtschaft der Herpes-Krankheiten".** The Br. j. o. D. a. S. 1927, 1.

Verf. hat fünf verschiedene Herpesstämme isoliert von spontanem und Pneumonieherpes. Alle fünf immunisierten kreuzweise. Auch er konnte

Digitized by Google

durch Versuche bestätigen, daß, wenn man in die Plantarhaut von Meerschweinchen Herpesinhalt einimpft, dort Bläschen auftauchen wie bei Maul- und Klauenseuche. Zosterinhalt dagegen war nicht in die Plantarhaut obiger Tiere übertragbar. Also wohl Zostervirus verschieden von Herpesvirus. Auch der Inhalt bullöser Hauterkrankungen anderer Art verhielt sich in zwei Fällen wie Herpesvirus gegenüber Meerschweinchenfußsohle. Das Virus hielt sich durch viele Passagen und ging durch Seitz- bzw. Berkefeldfilter. Somit ergibt sich die Wahrscheinlichkeit, daß auch andere Hautblasenerkrankungen (neben Herpesleiden und Maul- und Klauenseuche) filtrierbare spezifische Gifte enthalten. Diese Gifte sind wegen ihrer Festigkeit physikalischen oder chemischen Reizen gegenüber enzymartig, sie nehmen auf spezifischen Substraten an Menge zu und erzeugen spezifische Antikörper. Vielleicht liegt hier eine neue noch ungekannte Lebensform vor. Da Herp. simpl. sowohl wie Zoster aus den verschiedensten Ursachen entstehen können müssen, sie als weitverbreitet und sonst saprophytisch lebend angesprochen werden, die nur auf Invasionsgelegenheit infolge Zellenschädigung warten, oder sie gehören zu den autolytischen Enzymen, die sich immer wieder von neuem erzeugen als Reagenz auf Zellschädigungen infolge allerlei Schädlichkeiten.

Siegfried-Aachen.

A. Graeme Mitchell and *E. Gordon Fletcher:* **Studies on Varicella. (Studien über Varizellen).** Journal of the American Medical Association Bd. 89. Nr. 4. S. 279.

Viele Erwachsene werden von Varizellen befallen, sofern sie der Infektion ausgesetzt werden und früher keine Immunität durch eine überstandene Krankheit erworben haben. Die Erkrankung kann bei Säuglingen dadurch entstehen, daß das Virus von der Mutter, die erkrankt ist, schon auf intrauterinem Wege übertragen wird. Unter 775 beobachteten Fällen brach gelegentlich die Erkrankung schon am ersten Tage nach der Geburt aus. Es besteht ein häufigeres Auftreten der Erkrankung im Winter. Unter den 775 Patienten zeigten neun in ihrer Vorgeschichte eine frühere Varizellenerkrankung. Die Komplikationen sind sehr selten und im allgemeinen harmlos. Am häufigsten entsteht Furunkulose und Mittelohrentzündung. Die Leukozytenzahlen sind bei Säuglingen schon am ersten Tage der Eruption vermehrt. Die älteren Kinder zeigen eine Leukozytenvermehrung erst am dritten Tag. Bei Erwachsenen tritt eine Vermehrung der Leukozyten erst am 4.—9. Tage auf. Die Zählung der Leukozyten hat differentialdiagnostisch keine Bedeutung. *Memmesheimer*-Bonn.

A. Perutz-Wien: **Zur Frage der Beziehungen zwischen Zoster und Varizellen.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 1. 1927.

Ohne auf die Streitfrage, ob Zoster und Varizellen ätiologisch die gleichen Krankheiten sind, näher einzugehen, hat Verf. das Material aus einem bestimmten Bezirk Wiens während drei Jahren vom epidemiologischen Standpunkt näher untersucht. Dabei stellte sich heraus, daß die Zahl der Zosternerkrankungen so gut wie gleich in den drei Jahren war, dagegen dieselben der Varizellen im gleichen Zeitraum recht beträchtliche Schwankungen aufweist. Auch die Verteilung auf die einzelnen Monate des Jahres sind bei beiden Erkrankungen keineswegs identisch. *Krüger*-Sagan.

Digitized by Google

Lipschütz, R.: **Weitere Untersuchungen über die Ätiologie des Zoster. I. Über die Mikroskopie der Impfreaktion und des generalisierten Bläschenexanthems nach Impfung mit Zoster.** A. f. D. Bd. 149. S. 196.

Bei nach dem Vorgange von *Kundratitz* mit Zostermaterial geimpften Kindern der ersten Lebensjahre trat, soweit diese noch keine Varizelleninfektion überstanden hatten, die „Impfreaktion" (in Form eines kleinen Bläschens oder einiger nebeneinanderstehenden) auf. In einigen Fällen gesellte sich ein varizellenartiges Exanthem hinzu. Mikroskopisch fanden sich die azidophilen Zosterkörperchen in den Kernen von durch Amithose geschwellten Bindegewebszellen, in den Kernen der Intimaendothelien kleiner Blutgefäße und vereinzelt im peri- und endoneuralen Bindegewebe.

Hopf-Hamburg.

Martmer, Edgar E.: **Localization of chickenpox lesions at the site of prevous skin tests. (Lokalisation von Schafpockenefflorescenzen an früheren Hautteststellen).** The journal of the american medical association. Bd. 88. S. 1797.

Ein 20jähriger Medizinstudent wurde mit Schafpocken geimpft. Nach fünf Tagen wurden an verschiedenen Hautstellen Proben mit Maserntoxin, mit Streptokokkentoxin (von Puerperalsepsisstreptokokken) und mit Toxin von Erysipelstreptokokken gemacht. Bis auf die Probe mit Maserntoxin zeigten alle anderen positive Ausschläge, die aber zwei Tage später verschwunden waren. 15 Tage nach der Pockenimpfung entwickelte sich eine typische Eruption von Schafpocken und zwar besonders an den Stellen, die bei den Toxinproben positiv reagiert hatten.

Memmesheimer-Bonn.

Lanzenberg, P.: **Polymorphes Erythem in rezidivierenden Schüben (Übergangsform zur polymorphen Dermatitis Duhring-Brocq). mit Urticaria.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 4. 1927.

Die Rezidive stellten sich jedes Jahr gegen Ende des Winters ein. Entsprechend den „faits de passage" Brocq's wird an Übergang zu Dermatitis Duhring gedacht. Neben Urticaria bestand Eosinophilie. Rückgang auf Eigenblutbehandlung. *Zurhelle*-Bonn.

Choldejew: **Ein Fall von Dermatitis herpetiformis Duhring bei einem vierjährigen Kinde.** Venerologia und Dermatologia 1927. Nr. 1.

Die Überschrift besagt alles.

Beisach: **Zur Kasuistik der Dermatitis herpetiformis Duhring.** Venerologia und Dermatologia 1927. Nr. 8.

31jähr. Invalide erkrankte im Oktober 1925 an Dermatitis herpetiformis Duhring und verlor dieselbe, ob dauernd, wagt Verf. nicht zu sagen, nach 13 Bestrahlungen mit der Bachschen Lampe. *A. Jordan.*

A. Petroff: **Zur Frage der Dermatitis herpetiformis Duhring, speziell im Kindesalter.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Nr. 6.

Die Duhringsche Krankheit kommt in jedem Alter, auch bei Säuglingen vor. In der Literatur finden sich 134 Beobachtungen (57 davon gesammelt von *Knowles*), bei Kindern, wozu noch 5 eigene des Verf. kommen. Die Krankheit unterscheidet sich bei den Kindern nur wenig von derjenigen bei Erwachsenen, ist meist polymorph; häufig sind annuläre

Digitized by Google

Eruptionen und Pigmentationen. Einen Hauptunterschied der Krankheit der Kinder gegenüber derjenigen der Erwachsenen bilden die geringen subjektiven Empfindungen. *A. Jordan.*

Meisel: **Ein Fall von Herpes gestationis.** Russki Westnik Dermatologii. 1927. Nr. 6.

Erste Gravidität bei einer 27jähr. Hebräerin mit Ausbruch von H. gestationis im 7. Schwangerschaftsmonat und Schwund desselben nach der ersten Menses. *A. Jordan.*

E. Wreszynski-Berlin-Lankwitz: **Impetigo herpetiformis beim Manne mit schweren Gelenk- und Nagelveränderungen.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 5. 1927.

Bei einem 37jährigen Manne bestanden schon seit mehreren Jahren Schwellungen der Kniegelenke und starke rheumatische Beschwerden. Mit dem Ausbruch der Hauterkrankung traten auch Anschwellungen der Schulter- und Fußgelenke auf. Es handelte sich dabei um das Auftreten von miliaren, eitergefüllten Bläschen auf geröteter Haut, hauptsächlich in der Schamgegend, Brust und Rücken. Während der Eruption bestand erhöhte Temperatur. Nach Eintrocknen der Bläschen bildeten sich silbrige, rupiaartige schuppige Auflagerungen. Der Inhalt der Bläschen war stets steril, und eine Überimpfung auf normale Haut blieb ebenfalls ergebnislos. Nach längerem Bestehen kam es auch zu schweren Veränderungen an den Nägeln der Hände und Zehen, sie sind von der Unterlage abgehoben, sind spörde, die umgebende Haut ist livid verfärbt und blättrig schuppend. Nach etwa 5monatigem Bestehen der Erkrankung kam es zum Exitus unter allgemeinem Kräfteverfall. Die Sektion ergab keinen besonderen pathologischen Befund. Die neueren Befunde bestätigen, daß die Impetigo herpetiformis nicht nur bei schwangeren Frauen vorkommt, auch die Kombination mit Gelenkveränderungen ist schon von anderer Seite beschrieben worden. *Krüger*-Sagan.

L. v. Zumbusch-München: **Bemerkung zu dem Aufsatz von Wreszynski über Impetigo herpetiformis beim Manne mit schweren Gelenk- und Nagelveränderungen.**

E. Wreszynski-Berlin: **Schlußwort zur Mitteilung eines Falles von Impetigo herpetiformis.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 16. 1927.

Zumbusch warnt vor einer Erweiterung des Krankheitsbildes der Impetigo herpetiformis, wie es *Wreszynski* getan hat. Besonders glaubt er auf Grund der ausführlich beschriebenen Symptome und den beigegebenen Photographien in diesem Falle die Diagnose überhaupt ablehnen zu können und den Fall unter Psoriasis pustulosa arthropathica einzugruppieren, was aber *Wreszynski* ablehnt. *Krüger*-Sagan.

F. Walter: **Beitrag zum Studium der Ätiologie der Impetigo herpetiformis.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 5. 1927.

Entsprechend neueren Arbeiten von *Schardorn, Ziehmann* und *Tryb* ist auch Verf. der Ansicht, daß es sich bei der Impetigo herpetiformis um eine Folge endokriner Störungen handelt, besonders der Epithelkörperchen und der Hypophyse. Er berichtet über zwei neue Beobachtungen, die mit manifester bzw. latenter Tetanie einhergingen. In dem einen Falle half Seruminjektion von einer gesunden Schwangeren.

Zurhelle-Bonn.

Digitized by Google

Greif-Worms: **Über Mycosis fungoides mit eigenartigem Vorstadium.** A. f. D. Bd. 148. S. 15.

Beschreibung eines Falles, der während des zirka acht Jahre dauernden Vorstadiums klinisch das Bild eines Lichen ruber acuminatus en plaques disseminées bot unter mäßiger Eosinophilie und relativer Lymphozytose, bis nach allmählicher Umwandlung in mykosisähnliches Aussehen eine akute Eruption typischer Tumoren und Drüsenschwellungen in wenigen Monaten, zuletzt mit unstillbarem Nasenbluten, zum Exitus führte.

Sinn-Aachen.

P. Görl (Hautklinik Erlangen): **Ein Beitrag zur Kasuistik des subkutanen Sarkoids Darier-Roussy.** A. f. D. Bd. 148. S. 130.

Der beschriebene Fall unterscheidet sich von den sonstigen in der Literatur verzeichneten Fällen klinisch nicht, abgesehen von größerer Schmerzhaftigkeit und allabendlichen Temperatursteigerungen, die für Zusammenhang mit Tuberkulose sprechen, histologisch dagegen mehr durch starke Fettbildung und durch Auftreten strahliger Gebilde in den Riesenzellen, weiter durch verhältnismäßig geringe Zahl von Epitheloidzellen und Lymphozyten. *Sinn*-Aachen.

Giacardy, P.: **Sieben Fälle von Lymphogranulomatosis inguinalis subacuta (nach Nicolas und Favre).** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 12. 1926.

Verf. beschreibt aus 15 Beobachtungen der letzten drei Jahre sieben Fälle; er schildert genau den Beginn in strumöser oder andererseits chankröser Form, sowie einen solchen mit vorwiegend Allgemeinerscheinungen (hohem Fieber, Abgeschlagenheit, profusen Schweißen, Kopfschmerzen, Milzschwellung), so daß man differentialdiagnostisch an Pest oder Typhus denken kann. *Zurhelle*-Bonn.

D. Kupnikoff-Moskau: **Zur Ätiologie des Bockschen Sarkoids.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 5. 1927.

Bei einem Pat. mit mehreren typischen Effloreszenzen konnten in frischen Infiltraten neben Zellinfiltrationen aus lymphoiden und Epitheloidzellen Stäbchen mit Polkörnchen gefunden werden, die das Aussehen von Tuberkelbazillen hatten. Tierüberimpfungen wurden nicht vorgenommen. In älteren Effloreszenzen waren diese Stäbchen nicht nachweisbar. Diese Befunde werden als Stütze für die tuberkulöse Ätiologie des *Boeck*schen Sarkoids gedeutet. *Krüger*-Sagan.

J. Briel-Frankfurt a. M.: **Über einen selteneren Fall von Lupoid Boeck.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 24. 1927.

Bei einem 40jährigen Pat. besteht seit etwa drei Jahren am Nasenrücken und an den Seitenflächen der Nase eine derbe, scharf abgegrenzte ziemlich tiefe Infiltration der Haut und des Unterhautzellengewebes. Die Haut darüber ist bläulich rot verfärbt und weist zahlreiche Teleangiektasien auf. Das Grundglied des rechten Zeigefingers zeigt eine harte spindelförmige Auftreibung mit livid roter Hautverfärbung darüber. Röntgenologisch besteht keine Veränderung des Knochens. Wa.R. ist negativ, ebenfalls die Tuberkulinreaktion. Histologisch waren Nester von Epitheloidzellen im Unterhautzellgewebe und in den unteren Schichten der Kutis zu finden, die durch Bindegewebszüge scharf von einander abgetrennt sind. Keine *Langhans*schen Riesenzellen, keine Koagulationsnekrose.

Digitized by Google

Therapeutisch erwies sich der Fall als äußerst resistent. Röntgenbestrahlung und intravenöse Arseninjektionen führten zu keiner wesentlichen Besserung. Erst intravenöse Thoriuminjektionen brachten eine geringe Rückbildung. Bemerkenswert an diesem Fall ist, daß es sich um eine diffus infiltrierende Form des benignen Miliarlupoids handelt, die relativ selten ist, bei der aber Weichteilveränderungen an den Fingern und Zehen häufiger vorkommen. *Krüger*-Sagan.

Jakubson: **Über das Sarcoid Boek.** Venerologia und Dermatologia 1926. Nr. 6.

18jähriger Bauer mit Hautveränderungen vom Sarcoidtypus *Darier-Roussy* bei bestehender Lungen- und Bronchialdrüsentuberkulose.
A. Jordan.

Jose S. Covisa und *Jose Gay:* **Prämykotisches Ekzematid.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 2. 1927.

An Hand eines genau beobachteten Falles, von dem die Autoren Abbildungen der klinischen und histologischen Befunde bringen, suchen sie darzutun, daß das prämykotische Ekzem klinisch und histologisch recht eindeutig sein kann, wenn auch vielfach — wie in ihren Falle — an seborrhoische Ekzem, Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées (*Brocq*), sowie psoriasiformes Ekzematid (*Darier*) gedacht werden muß. Histologisch wichtig sind vor allem die Pseudomastzellen mit ihren metachromatischen Granulationes, welche im Gegensatze zu den echten Mastzellen von den Fibroblasten stammen. Klinisch wird auf die scharfe Abgrenzung verwiesen. *Zurhelle*-Bonn.

G. Duwé: **Disseminierte miliare Lupoide.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 5. 1927.

Kasuistik. *Zurhelle*-Bonn.

Radaeli, F.: **Beitrag zur Kenntnis des Boeckschen Sarkoid.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 366.

Mitteilung zweier Fälle von *Boeck*schem Sarkoid; nur der eine Fall ist genauer beschrieben und ergibt bemerkenswerte Punkte. *Radaeli* fand keine wesentlichen Veränderungen von Seiten des lymphatischen Apparates; bei dem einen Falle, wo einige Drüsenschwellungen bestanden, ergab die Untersuchung einer entnommenen Lymphdrüse keine tuberkuloide Struktur. Dagegen ließen sich eigenartige Knochenveränderungen feststellen: fusiforme Verdickungen mehrerer Fingerphalangen, welche auf den ersten Blick an eine „Spina ventosa" erinnerten; von dieser unterschieden sie sich aber klinisch und röntgenologisch durch die fehlende Hyperproduktion von Knochengewebe periostalen Ursprungs, durch die geringere zentrale Rarefikation und Fusion, durch die mangelnde Tendenz zur Fistelbildung. Am Respirationsapparat fanden sich klinisch und röntgenologisch Erscheinungen, die zugunsten einer tuberkulösen Ätiologie der Dermatose sprachen. Trotzdem fielen die Kutis-, Intradermo-, Ophthalmoreaktionen negativ aus und auch die Tuberkulininjektionen sprachen für eine Anergie des Organismus. Vielleicht erklärt diese Anergie gewisse histologische Eigenarten des *Boeck*schen Sarkoids.

Die Fälle *Radaelis* zeigen, wie die vieler anderer Autoren, daß in den Krankheitsherden der Sarkoide das tuberkulöse Virus weder bakterio-

Digitized by Google

logisch noch durch Impfung nachweisbar ist. Der mangelnde bakteriologische Nachweis ist vielleicht auf die Filtrabilität des tuberkulösen Virus zurückzuführen; die Unmöglichkeit der Überimpfung läßt sich vielleicht durch die Natur des Materiales (sehr wenig Bazillen, sehr geringe Virulenz, toxisches Material) oder durch eine schnelle Degeneration erklären.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

O. Naegeli: **Zur Frage der Entstehung von Tuberkuliden bei Sanokrysinbehandlung.** Münch. med. Woch. Nr. 46. 1926.

Verf. teilt Beobachtungen mit, die sich dadurch auszeichneten, daß sich im Laufe einer Injektionskur mit Sanokrysin bei 3 Patienten mit Tuberkuliden (papulo-nekrotisches Tuberkulid, Erythema induratum, *Darier*sche Sarkoide) und einem Patienten mit Lupus vulgaris ein oder nur ganz wenige Einzelherde auftraten, die sich nicht in den Rahmen der gewöhnlichen Arzneiexantheme einfügen ließen. Die Erscheinungen ähnelten vielmehr bei 2 Fällen annulären und Granuloma annulare ähnlichen Tuberkuliden, im 3. Fall einem Lichen scrophulosorum. Die 4. Erscheinung war klinisch nicht zu rubrizieren, erinnerte histologisch am meisten an papulo-nekrotische Tuberkulide. *Weinstock*-Charlottenburg.

Rossi, G.: **Über einen Fall von Aknitis.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 343.

Der 25jährige Pat. leidet seit 5 Monaten an einer Hauterkrankung, die mit subkutanen Knoten an der Oberlippe begann; die Knötchen gingen auf das ganze Gesicht über; besonders stark war die linke Wange befallen Die subkutan entstehenden Knötchen rückten unter Vergrößerung an die Oberfläche; dann kam es zu einer kleinen Ulzeration; es entleerte sich ein rahmiger Eiter; Abheilung mit einer leichten Narbe. Der Prozeß brauchte 2 Wochen, um das Höhestadium zu erreichen. Die Knötchenbildung dehnte sich auch auf den Hals, die Streckseite der Arme und die innere Fläche der Beine aus. Histologisch tuberkuloide Struktur; Tuberkelbazillen sind nicht nachzuweisen. Der Pat. wies eine Lungenspitzenaffektion auf.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

O. Dittrich-Kiel: **Über den Tuberkelbazillennachweis bei Tuberkuliden.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 22. 1927.

Der Nachweis von Tuberkelbazillen in den Schnitten von Hauttuberkuliden gelingt mit den gewöhnlichen Färbemethoden nur äußerst selten. *Klingmüller* hat eine Modifikation der Ziehl-Neelsenschen Färbung angegeben und mit dieser Methode gelang es überraschend leicht, in den fraglichen Dermatosen relativ zahlreiche feste Stäbchen und Körnchen nachzuweisen. Diese lagen fast überall im Gewebe, dicht subepithelial, um und in den Gefäßen, in der Kutis und in der Subkutis. Erstaunlich war trotz des reichlichen Bazillenbefundes die Reaktionslosigkeit des umgebenden Gewebes. *Krüger*-Sagan.

Sobolew: **Zur Frage der Granuloma annulare und dessen Beziehungen zu den Tuberkuliden.** Russkij Westnik Dermatologii 1927. Nr. 6.

Auf Grund von 10 eigenen Beobachtungen hält Verf., der Leiter der Charkower dermatol. Klinik, die tuberkulöse Natur dieser Erkrankung für höchst wahrscheinlich (Pirquet war in allen Fällen positiv, 6 Fälle hatten inaktive Lungentuberkulose, die übrigen stammten aus tuberkulösen Fa-

Digitized by Google

milien). Sie steht den papulo-nekrotischen Tuberkuliden nahe, sowohl was das histologische Bild anbetrifft, als auch in Hinsicht von Übergangsformen und Kombinationen beider Erkrankungen. *A. Jordan.*

D. Ohah-Debreczen: **Beiträge zur Pathogenese des Granuloma annulare.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 12. 1927.

Bei einer 29jährigen Pat., die infolge zahlreicher, kurz hintereinander folgender Geburten in ihrer Allgemeinkonstitution sehr geschwächt war und eine Spitzenaffektion zeigte, traten zahlreiche Herde vom Typ des Granuloma annulare auf. Nach *Ponndorf*impfungen breitete sich die Krankheit fast über den ganzen Körper aus und schubweise erfolgten noch später immer wieder neue Aussaaten von Herden. Der histologische Befund war eindeutig, doch konnten niemals trotz Vorhandensein einer tuberkulösen Affektion an den Lungen in den Schnitten Bazillen nachgewiesen werden. Durch Strahlenbehandlung ließ sich in diesem Falle eine gute Rückbildung erzielen. *Krüger*-Sagan.

Martino: **Fall von Pityriasis rubra pilaris.** Sez. piemontese d. Soc. ital. d. Dermatol. 8. III. 1927. Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 884.

Bei dem 5jährigen Mädchen traten vor 3 Monaten am Halse erythematöse juckende Herde auf, welche sich über die ganze Körperoberfläche ausbreiteten. Jetzt finden sich auf der Rückseite der Fingerphalangen die charakteristischen gruppierten follikulären schuppenden Papeln; am Nacken ein verdickter Plaque, ganz bedeckt mit harten schuppenden Papeln; an Handtellern und Fußsohlen starke, trockene, leicht schuppende Hyperkeratose. An den Knien Herde von psoriasiformer Hyperkeratose. Die Haut des übrigen Körpers ist gerötet, leicht schuppend und weist den Zustand einer leichten desquamativen Erythrodermie auf. Auf dem behaarten Kopf reichliche weißliche Schuppung.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

W. Pospelow und *Krupnikow* (†): **Ein Fall von Pytyriasis rubra Hebrae mit ungewöhnlichem Verlauf.** Russki Westnik Dermatologii 1927. Bd. 5. Nr. 1.

Im Jahre 1916 wandte sich ein 28jähriger Mann mit ovalen erythematösen, mit Schuppen bedeckten Flecken an den einen der beiden Verf., bei dem sich das Leiden allmählich unter Bildung neuer und konfluierender Flecke ausbreitete, so daß er später in die 1. Moskauer Universitätsklinik eintrat. Am 6. Nov. 1927 wurde der Fall in der Moskauer Venerolog. Ges. von beiden Verf. als casus pro diagnosi vorgestellt, da das Leiden durch die Neigung der Flecke zu Atrophie zwar an Pityriasis rubra Hebrae erinnerte, aber auch an Mykosis fungoïdes und an eine Leukämie gedacht werden müßte. Im Jahre 1926 trat der Kranke wiederum in dieselbe Klinik ein, aber nun schon mit den typischen Zeichen einer universellen Pityriasis rubra bei vorhandenem guten Allgemeinbefinden. Durch die Liebenswürdigkeit von Prof. *Mestschersky* konnte *Popelow* den am 1. April 1926 in der Moskauer Venerolog. Ges. unter dieser Diagnose vorgestellten Kranken von neuem untersuchen und beschreiben. Es fand sich bei ihm eine Hypofunktion der Schilddrüsen und der Hypophysis.

A. Jordan.

Digitized by Google

L. Füllenbaum und *L. Fleck*-Lemberg: **Experimentelle Beiträge zur Ätiologie des Lupus erythematodos.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 15. 1927.

Es wird die Anschauung vertreten, daß der Lupus erythematodos nicht ausschließlich durch Tuberkelbazillen oder deren Toxine hervorgerufen wird, sondern daß auch Eiterkokken und Intestinalbakterien ihn bewirken können. Bei Subkutanimpfungen mit Eiterbakterienvakzine nach *Delbet* und Enterovakzine nach *Danysz* zeigten sich öfter positive lokale und Herdreaktionen, während die entsprechenden Reaktionen bei Tuberkulinimpfungen ausblieben. Ebenfalls zeigten solche Fälle eine Komplementbindungsreaktion mit dem betreffenden Antigen. Die Genese des Lupus erythematodos scheint also nicht so eindeutig zu sein wie bisher angenommen wurde. *Krüger*-Sagan.

Olessow: **Zur Ätiologie des Lupus erythematodes, auf Grund des Materials der I. Moskauer Hautklinik, aus den letzten 30 Jahren.** Moskowskij Medicinskij Journal 1927. Nr. 7.

Es handelt sich um 110 Fälle von L. erythematodos discoides (88 Frauen, 22 Männer), von denen im Alter von unter 15 Jahren 6, von 15—20 Jahren 17, 20—30 Jahren 42, 30—40 Jahren 29 und über 40 Jahren 16 standen. Dem Beruf nach waren: Hausfrauen 52, Dienstpersonal 16, Bauern 13, Händler 7, Krankenwärterinnen 4, Lehrer 3; der Rest verteilte sich auf verschiedene Berufe. Am häufigsten saß der Lupus auf der Nase und den Wangen. Der Beginn des Leidens fiel meistens auf die Frühlings- und Sommermonate. Hinsichtlich der Ätiologie ließ sich bei 44 persönlich Tbc. feststellen, bei 18 Tbc. in der Familie, bei 23 sowohl persönliche als familiäre Tbc. und nur in 25 Fällen fehlten jegliche Hinweise auf Tuberkulose. Ganz vorsichtig spricht sich daher Verf. dahin aus, daß die Tuberkulose in irgendeiner Beziehung zum Lupus erythematodos steht. *A. Jordan*.

Worobjeff und *Uskansui:* **Ein Fall von Erythema annulare centrifugum Darier.** Russki Westnik Dermatologii 1927. Bd. 5. Nr. 5.

Verf. beobachteten ein 18jähriges Mädchen mit allen Erscheinungen des von *Darier* im Jahre 1916 beschriebenen Erythema annulare centrifugum, welches im Laufe von 1½ Monaten unter Anwendung von Aspirin, Coffein und Eigenblutinjektionen verschwand. *A. Jordan.*

Stümpke-Hannover: **Über Erytheme annulare centrifugum acutum multiplex.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 14. 1927.

Unter diesem Krankheitsbild sind nicht nur reine Erytheme einzugruppieren, sondern dieselben können auch teilweise urtikariellen Einschlag haben. Es wird ein einschlägiger Fall beschrieben. Vor 8 Tagen traten bei einem Pat. am Gesäß mehrere Pickel auf. Darauf kam es an beiden Gesäßhälften zu handtellergroßen, scharf abgegrenzten Efflorescenzen von livid roter Farbe mit wallartig erhabenem Rande. Das Zentrum war blasser und schuppt leicht. Nach wenigen Tagen heilt alles ab. Ätiologisch kommt vielleicht die Resorption von Toxinen der follikulären Eiterungen in Frage für das Auftreten der Erytheme in deren Umgebung. *Krüger*-Safan.

E. Radnai-Budapest: **Primäre Hauttuberkulose mit metastatischen, periphlebitischen Herden.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 14. 1927.

Bei einer Pat., die beruflich Kühe melkte, traten zunächst wohl infolge Infektion durch den Euter Herde von Tuberculosis verrucosa cutis am

Digitized by Google

linken Handgelenk auf. Später traten in der linken Ellenbeuge bohnengroße, rote, das Niveau der Haut leicht überragende Knoten auf. Ähnliche Veränderungen finden sich auch an der Außenseite beider Oberschenkel. Die histologische Untersuchung von einem Knoten ergab typische tuberkuloide Struktur, in einer Vene war eine Periphlebitis nachweisbar. Der Befund spricht für die hämatogene Natur der an den Armen und Schenkeln bestehenden Herde. *Krüger*-Sagan.

Dowling: **Notes on two cases of Lichen nitidus. (Bemerkungen zu 2 Fällen von L. n.)** The Br. j. o. D. a. S. 1927, 7.

Verf. bringt 2 Fälle, von denen der eine einen reinen Lichen nitidus darstellt, allerdings in seinen 2 Formen, den einzeln stehenden Knötchen und den aus ihnen zusammengeflossenen Flecken, während der andere sich dadurch auszeichnet, daß Lichen nitidus mehrere Monate später einem Lichen-planus-Ausbruch folgte. Dazu 2 Illustrationen des Lichen nitidus in zusammenliegenden gruppierten Knötchen und als Fleck und 2 mikroskopischen Schnitten beider Formen des L. n. Das Infiltrat besteht in beiden Fällen aus umschriebenen Massen schmaler Rund- und epithelioider Zellen unmittelbar unter der Epidermis und in tiefere Schichten vordringend. Keine Riesenzellen. Epidermis über Flecken erodiert, sodaß oft nur wenige flache Zellenschichten übrigbleiben. Verf. resumiert, daß L. n. vielleicht nur eine Form des klinisch so wandelbaren Bildes des Lichen ruber sei. 5 Literaturen. *Siegfried*-Aachen.

Lwoff und *Plotkina:* **Zur Ätiologie und Therapie des Esthiomenal vulvae.** Venerelogia u. Dermatologia 1927. Nr. 7.

Verf. vermehren die seltenen Beobachtungen von Ulc. chr. elephantiasticum durch einen eigenen Fall, welcher eine 37jährige Frau betraf. Als Ursache war Gonorrhöe anzusehen, da durch eine Gonorrhöebehandlung und sich daran anschließenden operativen Eingriff Heilung erzielt wurde, die im Laufe von 1½ Jahren ohne Rückfall blieb. *A. Jordan.*

F. Bargehr: **Die Selbstheilung der Lepra.** Münch. med. Woch. Nr. 52, 1926.

Bei den vom Verf. an 162 Leprakranken mit sterilisierter Lepromsubstanz vorgenommenen Impfversuchen — kurz Lepromreaktion genannt — reagierten 65 Patienten positiv, und zwar nur diejenigen, bei denen der Bazillenbefund negativ und keine manifesten Lepraerscheinungen mehr vorhanden waren. Diese positive Reaktion deutet der Autor als ein Zeichen für die Anwesenheit einer überschüssigen Menge von Lepraimmunstoffen, was seiner Ansicht nach für eine Abheilung der Lepra spricht. Da die untersuchten Leprakranken kaum oder gar nicht behandelt waren, spricht diese Erfahrung für eine Selbstheilung der Lepra.
Weinstock-Charlottenburg.

Palvarini, A.: **Beobachtungen über die Lepra in der Provinz Mantua.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 730.

Palvarini berichtet über 7 in der Provinz Mantua festgestellte Leprafälle. Die Fälle stammen alle aus S. Paulo. Der erste der Fälle bestätigt die These von *Breda*, daß die Lepra auch in den von endemischer Lepra freien Ländern kontagiös wirkt. Eine weitere Beobachtung zeigt einen Fall von Lepra, bei dem die Untersuchung des anästhetischen Herdes

Digitized by Google

histologisch keine Zeichen von Lepra ergab, während sich aus dem Nasensekret nach Jodkalidarreichung der Bazillus nachweisen ließ. Die bei 4 Fällen vorgenommene WaR. fiel negativ aus. Bei einem Fall von tuberkulöser Lepra wurden röntgenologisch regressiv-atrophische Knochenveränderungen festgestellt. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Devoto, A.: **Über die Verbreitung der Lepra in Ligurien (Provinzen Genua und Imperia).** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 723.

Devotos Statistik umfaßt aus den in der Überschrift gebannten beiden Provinzen 44 Fälle, 21 Fälle von Lepra tuberosa, 17 Fälle von Lepra mixta und 6 Fälle von Lepra nervosa. Interessant ist ein Fall mit zahlreichen Lepromen auf Penis und Skrotum und ein zweiter Fall mit großen erythematösen figurierten Herden an Gesicht, Stamm, oberen und unteren Extremitäten; diese Herde heilen mit Atrophie und Relaxation der Haut ab.

Offenbar hat die Statistik nicht alle Fälle in den beiden Provinzen ergriffen; jedenfalls ist die Lepra in Ligurien nicht in Abnahme begriffen und es sind energische Maßnahmen erforderlich, um eine Weiterverbreitung der Krankheit zu verhindern. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Santalow: **Zur Leprafrage.** Wratchenbanaja Gazeta 1917. Nr. 11/12.

In dem beschriebenen Falle handelt es sich um eine Lepra bei Mutter und einer Tochter, während die übrigen 4 Kinder leprafrei waren. Da die 39jährige Frau vor 18—20 Jahren in leprainfizierter Gegend gelebt hatte und sich nur ein Jahr und ihre 14jährige Tochter nur einige Monate krank wähnte, nimmt Verf. für die Mutter eine Inkubation von ca. 18 Jahren an. *A. Jordan.*

R. M. Wilson: **Leprosy in Korea. (Die Lepra in Korea.)** Kwangju, Chosen, Korea. Journ. med. Ass. 1926. Nr. 15.

Statistische Erhebungen über die Leprafälle in den Leprakolonien Kwangju und Fusan. Es fanden sich in 96% aller Fälle Anästhesien, in 26% Neuritiden, in 58% rheumatische Beschwerden, in 56% Fieber, in 37% Ulzerationen und in 20% Amputationen. Unter 1109 Fällen der letzten 12 Jahre 311 Tote. 238 Patienten konnten gebessert entlassen werden. Bewährt haben sich wöchentliche, subkutane Injektionen von Oleum hydnocarpiae mit 1% Kampherzusatz. Außerdem ist auf gute hygienische Verhältnisse zu achten. *Röntz*-Bonn.

F. M. Peter-Moengo: **Herpes zoster bei Lepra.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 7. 1927.

Bei einem 16jährigen Jungen tritt im Anschluß an langes Aussetzen einer starken Zugluft auf der linken Stirnhälfte ein typischer Herpes zoster auf, der unter der üblichen Therapie nach 6 Tagen restlos heilt. Die genaue Untersuchung des Jungen ergibt, daß er außerdem an einer Lepra leidet, derentwegen er bereits mit Chaulmograöl behandelt worden ist. Es bestehen aber noch Lepraome an der rechten Ohrmuschel und an den Nasenflügeln, ebenso zahlreiche Flecke auf dem Rücken und Atrophie und Anästhesie an den oberen Extremitäten. Im Nasensekret sind zahlreiche Leprabazillen nachzuweisen. Es handelt sich also um einen Herpes zoster des ersten Trigeminusastes, der auf dem Boden einer seit 2 Jahren bestehenden Lepra entstanden ist. Wenn auch Lepraeruptionen beschrieben sind, die zunächst unter dem Bilde des Herpes auftreten, so ist wegen der kurzen Dauer und

Digitized by Google

wegen des völligen Abheilens der Effloreszenzen in diesem Falle diese Genese auszuschließen, vielmehr dürfte es sich um einen echten Herpes zoster handeln, der durch eine äußere Schädigung (Zugluft) auf einem durch die Lepra geschädigten Nervengebiet (Trigeminus) entstanden ist.

Krüger-Sagan.

Paldrock, A.: **Die Senkungsreaktion bei Lepra.** A. f. D. Bd. 149. S. 272.

Der Ausdehnung der Veränderungen entsprechend fanden sich bei Lepra tuberosa extreme Senkungsgeschwindigkeiten der roten Blutkörperchen (27 Min. gegen 5—16 Std. normal), bei Lepra anaesthetica geringere Beschleunigung. Nach Vereisung der Haut mit Kohlensäureschnee tritt eine Beschleunigung auf. *Hopf*-Jena.

W. Treuherz-Sao Paulo: **Zur Frage der Leprakontagiosität.** Derm. Wo. Bd. 83. Nr. 52a. 1926.

Seit undenklichen Zeiten findet überall eine strenge Isolierung der festgestellten Leprafälle statt und trotzdem treten immer noch Neuerkrankungen auf. Mittelschwer und leicht Lepröse können Kinder zeugen, die kerngesund sind. Bisher ist es noch nicht einwandfrei gelungen, die Leprabazillen von Mensch zu Mensch zu übertragen. Dagegen konnten auch an Fischen Veränderungen an den Augen und Flossen gefunden werden, in denen die *Hansen*schen Leprabazillen nachweisbar waren. Wieweit diese Befunde für die Übertragung der Lepra mitspielen, ist bisher noch unbekannt. Trotzdem läßt sich nicht leugnen, daß in Küstengebieten, die hauptsächlich vom Fischfang und der Verarbeitung der Fische leben, häufiger frische Fälle beobachtet werden. Untersucht man die Umgebung der neu erkannten Fälle, so kann man oft feststellen, daß trotz engster Berührung die übrigen Familienmitglieder meist gesund sind und es trotz jahrelanger Beobachtung auch bleiben. Jedenfalls kann man aus diesen Vorgängen schließen, daß die Kontagiosität der Lepra von Mensch zu Mensch nicht sehr groß sein kann. *Krüger*-Sagan.

Pais Luigi: **Die Serologie bei der Lepra.** Giorn. di Dermatol. 1927. H. 1. S. 84.

Untersuchung von 29 Seren Lepröser mit den Komplementsfixationsmethoden (*Wassermann, Jacobsthal*) mit Leprösenantigen und für Syphilis als spezifisch erprobten Antigenen, vergleichende Untersuchungen mit den Flockungsreaktionen von *Sachs-Georgi, Meinicke, Bruck*, und der Trübungsreaktion von *Meinicke*.

Den relativ geringen Prozentsatz positiver Resultate mit der *Wassermannreaktion* einerseits und die hohe Zahl autotroper Reaktionen im antikomplementären Verhalten setzt der Autor hypothetisch in Beziehung zu der Wirkung bestimmter chemischer Heilmittel auf das Serum Lepröser, insbesondere des Chaulmoograöls. Die Eigenhemmung ist häufiger und deutlicher während und nach der Behandlung mit Chaulmoograöl; sie wird nicht beobachtet, wenn die Behandlung schon längere Zeit her ist.

Die Methode von *Jacobsthal* gab 45% positive Reaktionen bei 11 Seren bei Anwesenheit eines leprösen Antigens, welches auch das Komplement syphilitischen Serums fixierte.

Die Ausflockungsmethoden scheinen dem Autor die antikomplementäre Wirkung des Lepraserums zu erweisen.

Digitized by Google

Die *Meinicke*trübungsreaktion ergab konstant negative Ergebnisse.

Der Autor ist der Ansicht, daß die Fixationsreaktionen, besonders die *Wassermann*reaktion von Bedeutung sind, wenn sich durch systematische Untersuchungen Klarheit darüber schaffen läßt, welche organischen, toxischen und auch exogenen Bedingungen sich als geeignet erweisen, um im Serum die fixierende Eigenschaft zu bilden.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Buschke und *Ollendorff:* **Sclerocdema adultorum mit muskulärer Lokalisation.** M. K. 1927, 37.

Verf. geben hier die genaue Kasuistik eines Sklerödems mit ausschließlicher Beteiligung der Muskulatur und Faszie. Auch hier ging, wie in meist allen Fällen, eine fieberhafte Erkrankung (Grippe) dem Ausbruch voraus. Dieses muskuläre Sk. wurde unter Thyreoidin und Radiumbädern völlig geheilt, was seine Diagnose sicherte. Gegen Dermatomyositis sprach fehlendes Fieber und fehlende Hautprozesse. Gegen Trichinose sprach fehlende Eosinophilie neben intaktem Darm. Gegen anfangs in Frage kommende Sklerodermie sprachen fehlende sklerodermatische Hautveränderungen, wahrscheinlich auch normaler Magensäuregehalt, der sonst wesentlich herabgesetzt hätte sein müssen resp. hätte fehlen müssen. Erhebliche Ca.-Erhöhung und Ka.-Herabsetzung weisen auf Störung im Sinne einer Vagotonie. *Siegfried*-Aachen.

Tschumakow: **Ein histologisch untersuchter Fall von Sclerodermie.** Russkij Westnik Dermatologii 1927. Bd. 5. Nr. 3.

Die histologischen Untersuchungen des Verf. ergaben, daß bei der Sklerodermie die Gefäßveränderungen eine besondere Beobachtung verdienen und diese Krankheit zu den Narben gezählt werden muß. Die Veränderungen der Gefäße bestehen in Arteriitis, Erweiterung der Venen mit Thrombenbildung und Veränderung der Kapillargefäße. Die Gefäßveränderungen ziehen eine Atrophie des Parenchyms, Pigmentation, Nekrose, Sclerose und andere Erscheinungen der Sklerodermie nach sich.

A. Jordan.

Ehrmann, S., und *Falkenstein,* F.-Wien: **Über Dermatitis atrophicans und ihre pseudo-sklerodermatischen Formen.** A. f. D. 149, S. 142.

Eine häufige Anfangsform der Dermatitis atrophicans sind die periartikulären Infiltrationen. Bei ihnen ist vorwiegend das lockere Gewebe der Papillar- und Subpapillarschicht und um die Follikel herum befallen. Die Bindegewebsbündel und die elastischen Fasern sind erhalten. Hyperämie und erhebliche Erweiterung der Blut- und Lymphbahnen bestimmen das klinische Bild. Es folgen Übergänge zur Atrophie mit Resten von Infiltrat um die im gratförmigen Feldrand verlaufenden Gefäße. In der Feldmitte ist das Gewebe zusammengepreßt und der Papillarkörper geschwunden: „Papierstruktur". Ver schieden hiervon ist die oberflächliche makulöse Form der Dermatitis athrophicans, bei der sich unter Erhaltensein der Papillen in der Peripherie eine subakute Entzündung, im Zentrum dagegen eine Abflachung des Papillarkörpers findet. Stellenweise erhaltene Papillen bedingen die Felderung, und die verdickte, aufgelockerte Hornschicht ist der Ausdruck der feinen Schuppung mit Seidenglanz. Eine weitere Form, die Anetodermie unterscheidet sich hiervon durch die Atrophie

Digitized by Google

der tieferen Schichten, durch das Eindringen des subkutanen Fettgewebes in den dadurch freigewordenen Raum und durch den plötzlichen Übergang in das Normale. Die derbe Verhärtung bei den sklerodermieartigen Formen ist bedingt dadurch, daß die Involution des intensivsten, infiltrativen Stadiums in die Tiefe der Cutis fortschreitet, wo mit der Resorption des Infiltrats die elastischen Fasern schwinden. Eine Variante der indurierten Form bilden die meist eine Vene umscheidenden schmäleren, strangförmigen, in der Haut liegenden Bildungen, zu denen auch die sogenannten Fibrome gerechnet werden. Als Ursache wird ein hämatogenes Virus angenommen. *Hopf*-Hamburg.

Woronow: **Zur Histologie der Atrophodermien (Fall von Hemiatrophia totalis und Fall von Sclerödema Buschke).** Venerologia u. Dermatologia 1927. Nr. 3.

Da die meisten Arbeiten über Atrophodermie und Sklerodermie sich in bezug auf die Histologie hauptsächlich mit dem kollagenen und elastischen Gewebe beschäftigen, wandte Verf. sein Hauptaugenmerk den Zellelementen zu und untersuchte hiernach nicht nur die beiden, in der Überschrift genannten, von ihm beobachteten Fälle, sondern auch noch je einen Fall von Acrodermatitis chron. atrophicans, Sclerodermie und Erythrodermie. Überall fand er das Bindegewebe reich an Zellelementen, welche nicht nur in den Partien mit entzündlichen Erscheinungen, sondern auch in den Partien der nicht entzündeten, weißen und atrophischen Haut vorhanden waren. Die Zellkerne hatten überall ein und denselben eigenartigen, abgeplatteten und gestreckten Charakter. Die Zellform ist meist unregelmäßig, getrennt und gleichsam um ihre Achse gedreht. Verf. konnte ähnliches weder bei Psoriasis vulg. noch bei Pityriasis rubra Devergie beobachten und hält daher den Befund der komprimierten wie verkrümmten Kerne für ein wichtiges Zeichen der Atrophodermien. *A. Jordan.*

Hofmann: **Das Krankheitsbild des Skleroedema (Skleremia) adultorum (Buschke).** M. K. 1927. 11.

Bei der heutigen Verwirrung der verschiedenen sklerödematischen Formen ist eine klare Scheidung des Sklerödems von den wirklichen Sklerodermien und vom Skleroedema neonatorum nötig, und ferner die Kenntnis von der Ätiologie des Skleroedema adultorum zu erweitern aus Vergleichung der Fälle. Beides tut Verf. hiermit. Dazu gibt Verf. die Krankengeschichte eines neuen Falles von Skleroedema adultorum bei einer 47jährigen Kranken. Die Krankheit befällt ja besonders weibliche Personen. Sklerödem tritt besonders auffallend auf nach überstandener Grippe. Charakteristisch ist es, daß das Hautrelief der befallenen Stellen unverändert ist, daß Atrophie und Pigmentverschiebungen völlig fehlen. Blut zeigt Lymphozytose, hier 43%. Endokrine Störungen noch nicht nachgewiesen. Wirkliche Sklerodermie dagegen zeigt schließlich immer Atrophie und Pigmentation. Da das *Buschke*sche Skleroedema adultorum kein wirkliches Ödem ist (keine Hauteindrückbarkeit), spricht man besser von Skleremia adultorum. Das Skleroedema neonatorum ist auch kein wirkliches Ödem. Sein Beginn an unteren Extremitäten der Säuglinge, der oft tötliche Ausgang, der Nachweis sehr eiweißhaltiger Ödemflüssigkeit in Subcutis und Muskulatur sichern sein Bild. Das Fettsklerem der Säuglinge ist von Untertemperatur begleitet, es zeigt kalte Haut und stearin-

Digitized by Google

artige Beschaffenheit des subkutanen Fettes. Die sogenannten Sklerodermien der Säuglinge, die schnell verlaufen und zur Heilung führen, gehören zu dem Skleroedema adultorum. Der Körper der Erwachsenen wie der Kinder reagiert auf gewisse Noxen eben mit rasch vorübergehenden Verhärtungen der Haut ganz anders als wie bei Sklerodermie. Vielleicht trophoneurotische Störungen mit endokriner Beteiligung.

Siegfried-Aachen.

Hodara-Konstantinopel: **Histologische Untersuchungen eines Falles von zirkumskripter Sklerodermie en plaques und en bande.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 7. 1927.

Bei einem 14jährigen Kinde bestanden seit etwa einem Jahre mehrere zirkumskripte Sklerodermieherde an den oberen Extremitäten. Von dem ältesten Herde wurden ein Stück exzidiert und histologisch untersucht. In den Präparaten waren drei Zonen festzustellen, die starke Hypertrophie, weniger Hypertrophie und Atrophie der Epidermis zeigten. In den Teilen mit starker Hypertrophie bestand außerdem ein beträchtliches interzelluläres Ödem, starke Erweiterung der Lymphgefäße und Vermehrung der bindegewebigen Elemente in der Kutis. In den atrophischen Partien bestand starke Hyperkeratose, das Ödem fehlt und das Bindegewebe ist kompakt verdickt. *Krüger*-Sagan.

Maschkilleison: **Zur Kasuistik der diffusen symmetrischen progressiven Sclerodermia mit Sclerodactylie.** Venerologia u. Dermatologia 1926. Nr. 6.

In diesem allmählich fortschreitenden Fall von Sclerodermia und Sclerodactylie fanden sich Störungen in der Funktion der Ovarien und der Schilddrüsen. *A. Jordan.*

Golschmied: **Ein Beitrag zur Ätiologie der Sklerodermie.** Vemerelogia und Dermatologia 1927. Nr. 8.

Besserung der Sclerodermie en bandes bei einem 17jährigen Mädchen, nach Bestrahlung der Schilddrüse (teils Röntgen-, teils Quarzlampe), welche sich vergrößert erwies. Da sich bei späterer Verheiratung der Kranken die Hauterscheinungen weiter zurückbildeten, schließt Verf. auf eine pluriglanduläre, endokrine Störung als ätiologisches Moment.

A. Jordan.

Tommasi, L.: **Sklerodermia generalisata und Dysthyreoidismus nach Enzephalitis.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 282.

Der 22jährige Patient *Tommasis* erkrankte an einer nicht schweren Enzephalo-Myelitis epidemica. Nach einer subakuten, mehrere Monate dauernden Periode der Krankheit und einem chronischen Stadium mit Anzeichen von Parkinsonismus bekam er einige Sklerodermieherde; die Sklerodermie verallgemeinerte sich auf den ganzen Körper mit Ausnahme des Kopfes unter dem Typus einer akuten Sklerodermie mit entzündlichem Ödem an den frisch befallenen Stellen. Keine Polyneuritis, keine Wurzelsymptome. Die Allgemeinuntersuchung ergab eine evidente Hypervagotonie und unzweifelhafte Zeichen von thyreoider Insuffizienz.

Der Vortragende glaubt eine periphere Entwicklung (polyneuritische oder radikuläre Form der Enzephalitis) sowie eine infektiöse Lokalisation an der Schilddrüse, auch einen hypophysären Symptomenkomplex ausschließen zu können.

Digitized by Google

Er nimmt folgende Pathogenese an: Enzephalitische Erkrankung der oberen Zentren des vegetativen Lebens, lokalisiert im dritten Ventrikel und im Infundibulum. Durch diese Erkrankung Disfunktion des vegetativen Nervensystems und speziell des Sympathikus; diese führte wahrscheinlich zu den ersten isolierten Sklerodermieherden. Nach und nach hat die Disfunktion des Sympathikus und besonders seiner Zentren zu einer Hypofunktion und vielleicht zu einer Degeneration der Schilddrüse durch reflektorische, sekretorische und nutritive Einflüsse auf dieselbe geführt. Dadurch kam es zu einer Erschwerung des Zustandes der Disfunktion des Hautsympathikus und zum Auftreten der Gefäßstörungen, welche zu der akuten Sklerodermia generalisata führten. Bemerkenswerte Unempfindlichkeit gegen sehr hohe Dosen Thyreoidin von seiten des Patienten.

Dieses ist in der Literatur der zweite Fall von Sklerodermie im Anschluß an eine Enzephalitis epidemica. Der erste derartige Fall wurde von *Ponticaccia* beschrieben. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Briskin: **Ein Fall von idiopathischer Hautatrophie infolge Störung des endokrinen Apparates.** Venerologia und Dermatologia. 1927. Nr. 6.

Fall von Acrodermatitis chron. atrophicans *Herxheimer* bei einem 23jähr. tuberkulösen Schuster mit Hypofunktion der Nebenniere, Geschlechts- und Schilddrüse. *A. Jordan.*

Berson und *Loweiko:* **Ein Fall von Morbus Recklinghausen.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 3.

Der beschriebene typische Fall von Recklinghausenscher Krankheit, welcher einen 40jähr. Mann betraf, bot Zeichen der Hypoplasie einer ganzen Reihe endokriner Drüsen. *A. Jordan.*

Hirsch: **Fall von Querschnittläsion des Rückenmarks bei Morbus Recklinghausen in Abhängigkeit von Schwangerschaft.** M. K. 1927, 26.

Kasuistik einer 37jährigen Schwangeren, die im 6. Lebensjahre eine Kyphoskoliose im 6. Dorsalsegment erwarb. Seit drei Jahren Neurofibrome besonders um Mammae, also in Gegend des 5. und 6. Thorakalsegments. Dann seit Gravidität im 7. Monat totale spastische Lähmung beider Beine und Sensibilitätsstörung vom 6. Thorakalsegment abwärts. Nach Sturzgeburt im 10. Monat dauernd zunehmende Besserung der Lähmung. Verf. bezieht das Wachstum eines zweifellos an Rückenmarkswurzel sitzenden Neurinoms auf Schwangerschaft, das mit Aufhören der Schwangerschaft spontan zurückging, zumal Fälle berichtet sind, wo solche Neurinome sich bis auf Hinterlassung eines leeren Hautsackes zurückbildeten. Uns Dermatologen interessiert hier besonders die auffällige anscheinende Abhängigkeit des Sitzes des Neurinoms im 6. Segment zum Sitz der besonderen Häufung der Neurofibrome um die Brüste und deren besonders starke Pigmentierung ebendort. *Siegfried*-Aachen.

Porter: **Basal Metabolism in Ichthyosis. (Grundumsatz bei Ichthyosis.)** The B. j. o. D. a. S. 1926, 12.

Von der Erfahrung ausgehend, daß die ichthyotischen Krankheiten besonders häufig mit verminderter Thyreoidtätigkeit zusammenhängen (Myxödem usw.), hat Verf. sich der ebenso dankenswerten wie schwierigen Aufgabe unterzogen Grundumsatzbestimmungen sowohl bei ichthyotischen Kranken wie deren äußerlich gesunden Müttern, letztere in sechs Fällen,

Digitized by Google

vorzunehmen. An ichthyotischen Kranken kamen zehn in Betracht. Dabei ergab sich, daß 66,6 % der Mütter einen übermäßigen Stoffwechselumsatz hatten, während 70 % der kranken Kinder unternormale Resultate gaben. Weiter fiel auf, daß je geringer der unternormale Umsatz bei den kranken Kindern war, um desto sicherer Besserungen mit Thyreoidextrakt zu erzielen waren. Daß die Ichthyosis meist nur bei Flaschenkindern oder nach Absetzen von der Brust, also nach neun Monaten post partum etwa, einsetzt, erklärt sich daraus, daß Thyreoidstoffe mit der Milch der exzessiv arbeitenden Mutter auf das Kind übergehen und so seine unzulänglich arbeitende Schilddrüse während des Stillens kompensieren. Flaschenkindern fehlt dieser Schutz schon gleich nach Geburt. Verf. sieht also im Hypothyreoidismus die häufigste Ursache der Ichthyosis. Dafür sprechen manche angeführte Autopsieergebnisse mit defektiven Schilddrüsen. Durch Feststellung des Grundumsatzes läßt sich eruieren, ob im vorliegenden Falle auf Besserung zu rechnen ist, eben dann, wenn dieser unternormal ist. Auf jeden Fall aber soll man Thyreoidextrakt versuchen, da 70 % der kranken Kinder und 25 % der Erwachsenen unternormalen Grundumsatz zeigen. Ein Parallelgehen der Schwere der Ichthyosis mit der Größe des unternormalen Grundumsatzes besteht aber nicht. Dazu 30 Literaturen.

Siegfried-Aachen.

Brugsch: **Akromikrie oder Dystrophia osteo-genitalis.** M. K. 1927, 3.

Verf. stellt seinem erläuternden Vortrag die genaue Kasuistik eines jetzt 23jährigen Mädchens voran, mit Weichteil-Knochenveränderungen an Händen und Füßen, mit Amennorrhoe und Diabetes insipidus. Dazu fünf Röntgendiagramme, die in Händen und Schädel Antiskeletoplastik, Knochenabbau und Knochenumbau zeigen. Durchleuchtung der Hypophysengegend ergab einen wohl tuberkulösen Prozeß in der Hypophysengrube, der die Hypophyse einengte. Die Akromikrie, die der Akromegalie gegenübergestellt wird, beruht hier wohl auf Insuffizienz des Hypophysenvorderlappens, während die Akromegalie mit Überfunktion des Hypophysenlappens zusammenhängen soll. Im Gegensatz zur Akromegalie stand bislang die Dystrophia adiposo-genitalis (nach *Fröhlich*), das ist nach Verf. falsch. Gegensätze sind vielmehr: Akromegalie und Akromikrie bzw. Dystrophia osteo-genitalis, wie in unserem Falle. Auch Amennorrhoe ist als Symptom der Insuffizienz des Hypophysenvorderlappens anzusehen, der den Zyklus der Menstruation regelt. Weiter soll normales Hypophysensekret die hormonale Steuerung der Kapillaren besorgen, die hier fehlt.

Siegfried-Aachen.

Sutejew: **Zur Klinik und Pathogenese der familiären symmetrischen Keratodermie der Handflächen und Fußsohlen.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Nr. 2.

In den drei beschriebenen Fällen von Keratodermia symmetrica fanden sich, außer der Erblichkeit, Hinweise auf Funktionsstörungen seitens der Schilddrüse und der Geschlechtsdrüsen. *A. Jordan.*

P. Pawloff: **Zur Frage der pathologisch-anatomischen Veränderungen bei Porokeratosis Mibelli.** Russkij Westnik Dermatologii. 1926. Nr. 10.

Die histologische Untersuchung zweier einschlägiger Fälle lehrte Verf., daß, wie schon *Martinotti* hervorgehoben hat, bei dieser Erkrankung

Digitized by Google

die Hypertrophie des Str. lucidum, genannt von *Martinotti* Hypereleidosis, eine wesentliche Rolle spielt, woher er anstatt Porokeratosis den Namen Hypereleidosis excentrica atrophicans vorschlägt. *A. Jordan.*

Ch. Laurentier und *A. Valdiguié:* **Lipomatosis und Hypercholesterinämie.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 5. 1927.

Ergänzung von zwei früheren Berichten über sechs Fälle durch vier neue Beobachtungen von Hypercholesterinämie bei Lipomatosis, wodurch eine gewisse Ähnlichkeit in dem Verhalten von Xanthomen und Lipomen zustande kommt. *Zurhelle*-Bonn.

A. Alexander (Charlottenburg): **Zur Klinik und Pathogenese der Erythrocyanosis crurum puellarum.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 18. 1927.

Es werden fünf Fälle beschrieben, bei denen sich die Hautaffektion bereits seit langen Jahren ohne wesentliche Veränderungen oder Verschlimmerungen findet. Es handelt sich dabei um eine blaurote, feste, manchmal unscharf gegen die Umgebung abgesetzte, manchmal aber jäh polsterartig gegen die gesunde Haut abfallende Infiltration am unteren Drittel der Unterschenkel, verbunden mit einer an Keratosis rubra pilaris erinnernden Veränderung der Follikel an den Beinen. Die bedeckende Haut ist nur wenig faltbar. Durch Fingerdruck läßt sich kein Ödem hervorbringen. Das Krankheitsbild der Erythrozyanosis ist bisher noch nicht genau umgrenzt, und es sind mehrere Affektionen, die mit ihm nicht in direkter Beziehung stehen, damit vermengt worden. Die manchmal in den blauroten Infiltraten auftretenden zinnoberroten Flecken, die nach einiger Zeit wieder verschwinden, haben Veranlassung gegeben, die Affektion als verwandt mit dem Erythema induratum hinzustellen, trotzdem beide Krankheiten sicher nichts miteinander zu tun haben. Ebenfalls gehören die manchmal in diesen Infiltraten auftretenden Ulzera nicht zum Krankheitsbild, da dasselbe meist viele Jahre völlig unverändert bestehen bleibt. Die Hautveränderungen beim Frost sind der Erythrozyanosis ziemlich ähnlich, es fehlen die permanenten, steil abfallenden blauroten Polster. Ebenfalls ist beim Frost im Sommer meist eine Rückbildung der Erscheinungen konstatierbar. In den beobachteten Fällen konnten keine Zusammenhänge der Erkrankung mit Veränderungen an den weiblichen Genitalien, dem autonomen Nervensystem oder der Thyreoidea festgestellt werden. Infolge der schlechten Zirkulationsverhältnisse können sich auf diesen Partien sekundär Erythema Bazin Knoten und Frostschäden entwickeln, die aber nicht in direktem Zusammenhang mit der Erythrozyanosis stehen. *Krüger*-Sagan.

Stewart: **Some observations on a condition of chronic Erythema of the legs. (Einige Beobachtungen über eine Art chronischen Erythems der Beine.)** The B. j. o. D. a. S. 1927. 3.

Dieses Leiden wird ja inzwischen in allen nördlichen Kulturländern besonders allen Dermatologen zu Gesicht gekommen sein, seitdem die fast kniefreie Rockmode bei dünnen Seidenstrümpfen bei unserer Frauenwelt sich fast restlos durchsetzte, denn nur bei weiblichen Personen hat man das Leiden bislang gesehen. Es äußert sich in vaskulärer Stase der Haut von Unterschenkeln und Füßen, erzeugt durch gleichzeitige Kontraktion der Arteriolen und Dilatation von Kapillaren und kleinen Venen.

Digitized by Google

Auf Druck, der keine Vertiefung hinterläßt, verschwindet die livide Farbe, um sofort wiederzukehren. Das Leiden kommt meistens vor bei plumpen, schlaffen und trägen Personen, es ist daher oft familiär. Ätiologisch spricht sicher Kälte ein gewichtiges Wort mit. Aber darüber hinaus muß noch ein besonderer Defekt vorliegen, vielleicht endokrines Versagen, für das schon alle möglichen inneren Drüsen beschuldigt worden sind, ebenso toxische Umsatzstoffe. Differentialdiagnostisch: Bazin, Erythema pernio, Raynaud mäßigen Grades. Da Kalk im Blute einen kontraktorischen Effekt auf das durchströmte Gefäß nachgewiesenermaßen hat, ging Verf. diesem Problem nach und untersuchte den Kalkgehalt im Blutserum von 12 Fällen, ohne irgendeine Verminderung desselben feststellen zu können. Einige Fälle im Gegenteil hatten vermehrten Kalk. Also ist wohl ein Versuch, dem Leiden beizukommen, durch Ca-Medikation aussichtslos.

Siegfried-Aachen.

J. Kaufmann and *J. F. Mc. Intosh:* **Chronic erythema of the legs. (Chronisches Erythem der Beine).** (New York.) Journ. Americ. med. Ass. 1927. Nr. 6.

Verfasser schildern einen Fall aus dem Royal Victoria-Hospital in Montreal, der ein 18jähriges Mädchen betrifft. P. war öfters der Kälte ausgesetzt. Erythem bestand seit zwei Jahren an Händen und Füßen, erzeugte subjektiv starke Schmerzen und Kältegefühl. Auf Tuberkulingaben weder örtliche noch Allgemeinreaktion. Ophthalmoskopisch wurden Glaskörpertrübungen als Zeichen einer Uveitis nachgewiesen. Pulmones o. B. Therapie: Lebertran, Arsen, Thyreoidextrakt, Hydrotherapie.

Röntz-Bonn.

Roxburgh: **Chondro-Dermatitis nodularis chronica helicis.** The B. j. o. D. a. S. 1927, 3.

Zu den bislang beschriebenen etwa 30 Fällen obigen Leidens, das als Einheit für sich anzusehen ist, bringt Verf. einen neuen Fall. 49jähriger Offizier hat seit fünf Jahren am freien Rande des rechten Helix einen ovalen, etwa 5 mm im längsten Durchmesser betragenden Knoten von harter Konsistenz und auf Druck schmerzend, so daß Schlafen auf der rechten Seite fast unmöglich. Der Knoten zeigt eine kleine zentrale Kruste, die sich leicht entfernen läßt. Radium versagte. Darauf Exzision unter Lokalanästhesie mit dem Erfolg, daß nach anfänglicher glatter Narbe an beiden Enden derselben wieder Schmerzen auftauchten, die nach zwei Monaten resultierten in Bildung zweier gleicher Geschwülste von 5 und 7 mm Durchmesser. Die Histologie, die sehr genau gegeben ist, läßt nicht erkennen, ob jener chronische Entzündungsprozeß in der Epidermis, Derma oder im Knorpel beginnt. Da die Läsion oft am vorspringendsten Ohrpunkt sich zeigt, könnte man an Trauma denken. Als einziges, auch noch, wie oben beschrieben, unsicheres Heilverfahren kommt zur Zeit nur Ausschneiden in Frage. CO_2-Schnee macht dagegen Rezidive.

Siegfried-Aachen.

R. Steiner (Wieden): **Sarkoide Tumoren im Anschluß an intramuskuläre Hg.-Paraffininjektionen.** Derm. Woch. Bd. 83. Nr. 48. 1926.

Bei einer luetischen Pat. waren im Anschluß an eine Behandlung mit intramuskulären Hg-Paraffininjektionen etwa nach einem Jahr in der Glutäalgegend in der Muskulatur faustgroße, derbe, großhöckrige Tumoren

Digitized by Google

aufgetreten. Daneben bestanden noch zahlreiche derbe, intrakutan gelegene, graubraunrote Knötchen, die klinisch den Eindruck von Effloreszenzen des Boekschen Sarkoid machten. Wa.R. war positiv. Im Verlauf einer antiluetischen Behandlung bildeten sich zuerst die intrakutanen, später auch die intramuskulären Knoten zurück. Nach drei Monaten trat dann wieder an derselben Stelle in der gleichen Form ein Rezidiv auf, das sich ebenfalls, allerdings wesentlich langsamer, unter antiluetischer Behandlung zurückbildete. Histologisch wurden von beiden Stadien intrakutane Knoten untersucht. Beide zeigten strangartig angeordnete Züge epitheloider Zellen mit vereinzelt eingestreuten Riesenzellen. Im Gegensatz zu den älteren Effloreszenzen enthielten die frischen reichlich wahllos eingestreute lymphoide Zellen. Die Ätiologie dieser Tumoren ist nicht einfach zu erklären. Sie für im Zusammenhang mit der Lues stehend zu halten wegen der Rückbildung unter spezifischer Behandlung, ist nicht angängig, denn es fehlt der Nachweis der Erreger. Tuberkulose ließ sich bei der Pat. nicht nachweisen. Pirquet war mehrfach negativ. Ebenfalls ist die Anschauung einer sarkoiden Gewebsdiathese, ähnlich der Keloidbildung, als solche nicht zu vertreten. Verf. glaubt, daß das Sarkoid durch bisher unbekannte Erreger ausgelöst wird und daß in diesem Falle die Hg-Paraffininjektionen nur als auslösendes Moment zu betrachten sind und lediglich für die Lokalisation der Erkrankung von Bedeutung sind. *Krüger*-Sagan.

Buchbesprechungen.

Gotthold Herxheimer: *Krankheitslehre der Gegenwart.* Strömungen und Forschungen in der Pathologie seit 1914. Dresden 1927. Th. Steinkopf. Pr. geb. Mk. 13,50.

In diesem der naturwissenschaftlichen Reihe der von Dr. *R. E. Liesegang* herausgegebenen „Wissenschaftlichen Forschungsberichte" gibt der Wiesbadener Pathologe in anregender und interessanter Weise einen vielseitigen Überblick über den Stand der pathologischen Forschung und der Streitfragen, die in den Strömungen der letzten Zeit hervorgetreten und lebhaft erörtert worden sind. Nach einer allgemeinen, auch die Entwicklung der verschiedenen Richtungen in Kunst und Geisteswissenschaften berührenden Einleitung beschäftigen sich die folgenden Kapitel des 256 Seiten umfassenden Buches zunächst mit der Berechtigung der *Zellularpathologie R. Virchows* und *Rickers* Einwänden dagegen, wobei der Autor in Übereinstimmung mit vielen bedeutenden Fachgenossen nicht für den Umsturz, sondern den weiteren Ausbau der Virchowschen Lehre im Sinne auch einer Inter- und Intrazellularpathologie und der vollberechtigten gesamtorganismischen Betrachtung eintritt. Dabei wird auch die Frage der allgemeinen Reizbarkeit der Zellen und *Rickers* Lehre von dem Angreifen der Reize nur am Nervensystem näher behandelt. Ein weiteres Kapitel gilt der für jeden Arzt so wichtigen *Entzündungs*frage, worin *H.* sich unter Berücksichtigung der Lehren *Marchands*, *Lubarschs*, *Roeßles* vor allem mit *Aschoffs* Begriffsbestimmung und *Rickers* Versuchen und Schlüssen auseinandersetzt. Es folgt dann ein Abschnitt, der die sogenannten *Degenerationen* (Amyloid, Verfettung, Xanthomatose, Atheromatose und vieles andere) behandelt. Hierin erfährt auch der Cholesterin- und Lipoidstoffwechsel, der uns Dermatologen interessiert, eine eingehende Dar-

Digitized by Google

stellung; auch die *Bloch*sche Lehre von der Herkunft und Natur des Pigments und die Rolle der Lues und des Salvarsans beim Ikterus seien hier herausgegriffen. In dem dann folgenden Kapitel über *Infektion* dürften die Ausführungen über Immunität und die Rolle des retikulo-endothelialen Systems bei Abwehrleistungen auch bei uns Interesse finden. Im weiteren Kapitel *Geschwülste* werden die neuen Forschungsergebnisse über Krebserzeugung durch Teer usw. unter Berücksichtigung der wichtigen Arbeiten *Warburgs* kurz, aber treffend zusammengestellt und in ihrer Bedeutung gewürdigt. Auch der den *endokrinen Drüsen* und ihrer Pathologie gewidmete Abschnitt ist vielseitig beleuchtet und berührt die Frage der Konstitutionsanomalien und Vererbung. In dem Schlußwort des geistvoll geschriebenen und eine große Kenntnis der ungemein reichen Literatur bezeugenden Werkes faßt der Verfasser seine Ansicht noch einmal dahin zusammen, daß *R. Virchows* geniales Lebenswerk nicht gekürzt zu werden brauche, daß es vielmehr groß genug sei, um den Ausbau zu einer wirklichen *Pathobiologie*, die auch sein letztes Ziel war, zu vertragen. *E. H.*

E. Lehner und **E. Rajka:** *Allergieerscheinungen der Haut.* Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Dermatologie und Syphilidologie. Halle 1927. C. Marhold. Pr. geh. Mk. 6,60.

In diesem 228 Seiten umfassenden Heft geben die Verfasser eine sehr lesenswerte Übersicht über dies wichtige und in letzter Zeit viel behandelte Kapitel, das uns Dermatologen ja ganz besonders interessiert. Als Grundlage dient ihnen die *Doerr*sche Annahme, wonach sämtliche allergischen Prozesse auf eine Allergen-Reagin- bzw. Antigen-Antikörperreaktion zurückzuführen sind; sie stützen sich ferner auf eigene Untersuchungen, die sie an der Klinik von Professor *Török*, dem das Heft gewidmet ist, ausführen konnten. In einzelnen Abschnitten behandeln sie Begriffsbestimmung, Kriterien und Wesen der Allergie sowie die Angriffspunkte der in Betracht kommenden Substanzen an den verschiedenen Gewebselementen der Haut. Dann werden die Allergene selbst, die angeborene und erworbene Allergie unter Besprechung der Sensibilisierung und Desensibilisierung und der Methoden zu ihrem Nachweis (lokale und allgemeine) abgehandelt. Im zweiten speziellen Teil werden der Reihe nach Urtikaria, Prurigo, Pemphigus, Dermatitis und Ekzem, aktinische Dermatosen, Dermatomykosen und akute und chronische Infektionskrankheiten unter diesem Gesichtspunkt besprochen. Ein genaues Literaturverzeichnis erhöht den Wert des Heftes, das über dies schwierige Gebiet eine sehr lesens- und dankenswerte Übersicht gibt. *E. H.*

R. Franz: *Die Gonorrhöe des Weibes.* Wien 1927. Julius Springer. Pr. geb. Mk. 13,20.

Das vorliegende Buch über die Gonorrhöe des Weibes, ein Grenzgebiet zwischen Gynäkologie und Dermatologie, stammt aus der Feder eines Gynäkologen, der aber als Assistent an der Dermatologischen Klinik in Wien (Hofrat *Finger*) tätig war. Aus den Erfahrungen beider Fächer hat das Buch in jeder Hinsicht gewonnen. Nach einer knappen Übersicht über die Geschichte der Gonorrhöe, über die Biologie des Erregers und einem allgemeinen Kapitel über die gonorrhöische Infektion wird die Klinik der weiblichen Urogenitalgonorrhöe eingehend besprochen. Die normale und pathologische Anatomie ist zu Beginn eines jeden Kapitels eingehend berücksichtigt als Voraussetzung für die gründliche Erkenntnis des Krankheitsbildes. Bei der Therapie werden in einem besonderen Kapitel die Vakzination und die Proteinkörperbehandlung besprochen. Weiterhin werden der Verlauf der Gonorrhöe

Digitized by Google

in der Schwangerschaft und im Wochenbett und die Erkrankungen des Mastdarmes und der vom Genitale entfernt liegenden Organe abgehandelt, soweit zwischen diesen und der gonorrhöeischen Infektion ein ursächlicher Zusammenhang angenommen werden darf. In einem besonderen Kapitel wird die kindliche Gonorrhöe beschrieben. Die Schlußbemerkungen bringen die verschiedenen Arten der Provokation, sowie allgemeine Richtlinien für die Bekämpfung der Gonorrhöe. Das aus großer Erfahrung geschriebene Buch wird dem Dermatologen viel Interessantes und reiche Anregung geben.

G. H. Klövekorn (Bonn).

G. Marañon: *Prädiabetische Zustände.* Abhandlungen aus dem Gebiete der inneren Sekretion. Heft. 5. Budapest 1927. Rudolf Novak & Co. Pr. Mk. 2,60.

Bei der Tatsache der beträchlichen Zunahme des Diabetes in den letzten Dezennien ist besonders die Erkenntnis der prädiabetischen Zustände von großer Wichtigkeit. Wie aus einer Statistik des Verfassers hervorgeht, spielen bei diesen auch dermatologische Erkrankungen eine große Rolle. Von 224 diabetischen Fällen, die in den letzten Jahren in die Behandlung des Verfassers kamen, war bei 34 das Anfangssymptom, das sie bewogen hatte, den Arzt aufzusuchen, Juckreiz, Furunkulose oder andere Hautkrankheiten; besonders der Juckreiz zeigte sich oft als einziges Zeichen von latenter Diabetes. Das Buch wird jedem Dermatologen reiche Anregung geben.

G. H. Klövekorn (Bonn).

W. Lüttge und **W. v. Mertz:** *Alkohol-Extrakt-Reaktion.* AER. zum Nachweis von Schwangerschaft, Karzinom, Geschlecht des Kindes usw. Leipzig 1927. S. Hirzel. Pr. geb. Mk. 15.

Die Alkoholextraktreaktion hat sich entwickelt aus der Serumsubstratreaktion, insonderheit aus dem *Abderhalden*schen Dialysierverfahren. Es entstand zunächst das Alkoholverfahren der Serumsubstratreaktion (modifizierte Abderhaldensche Reaktion), danach die Kochsalzextraktreaktion, und über einige Trübungsphänomene hinweg entwickelte sich die AER. Der Unterschied zwischen dem Abderhaldenschen Verfahren und der AER. besteht darin, daß erstere eine kolloidchemische Reaktion auf rein fermentativer Basis ist, die AER. dagegen eine Ionenreaktion, die mit Fermenten nichts zu tun hat; die Kernprobleme beider Reaktionen sind aber wahrscheinlich identisch. Das flüssig geschriebene Buch gibt interessante Ausblicke und Anregung zur Mit- und Weiterarbeit. *G. H. Klövekorn* (Bonn).

S. Matsumoto: *Iconographia Dermatologica, Syphilidologica et Urologica.* Kyoto (Japan) 1927.

Die vorliegende Lieferung mit japanischem und deutschem Text zeugt von dem hohen künstlerischen Wert des Unternehmens und der vorzüglichen Wiedergabe. Beabsichtigt ist, typische, atypische und seltene Hautaffektionen zu bringen, besonders auch Fälle, die im Orient und in den Tropen heimisch sind. Ebenso sollen Bilder von Veränderungen und Krankheiten der Harnorgane, sowie hin und wieder solche von experimentellen Ergebnissen aus dem Gebiete der Dermatologie, Syphilidologie und Urologie eine Stätte finden.

Zurhelle (Bonn).

Lues, *Bulletin de la Société Japonaise de Syphiligraphie.* Vol. I. Nr. 1. Kyoto (Japan) 1927.

Die neue Zeitschrift bringt Originalartikel, klinische Beiträge, Sitzungsberichte und Feuilleton in japanischer, französischer, englischer und deutscher Sprache. *Zurhelle* (Bonn).

Digitized by Google

Personalien und Tagesnachrichten.

Geh.-Rat Dr. *Oscar Rosenthal*, Ehrenpräsident und früherer langjähriger Vorsitzender der Berliner Dermatologischen Gesellschaft, hat am 25. Dezember 1927 seinen 75. Geburtstag gefeiert. Die genannte Gesellschaft hat ihm durch eine aus den Herren *Bruhns*, *Ledermann* und *Pinkus* bestehende Deputation ihre herzlichsten Glückwünsche ausgesprochen, denen sich Herausgeber, Mitarbeiter und Verlag dieser Zeitschrift mit den herzlichsten Wünschen für sein weiteres Wohlergehen anschließen.

Zum Rektor der Universität *Freiburg* für das Studienjahr 1928/29 ist der Direktor des Hygienischen Instituts Geh.-Rat Prof. Dr. *Paul Uhlenhuth* gewählt worden, dem die Syphilidologie einen bedeutenden Anteil an der Einführung der Arsentherapie der Syphilis verdankt.

Prof. *Rille* feierte am 10. November das 25jährige Jubiläum als Direktor der Dermatologischen Klinik in Leipzig.

Dr. *W. Leipold*, Assistent der Dermatologischen Klinik in Greifswald, hat sich für das Fach der Dermatologie in *Greifswald* habilitiert.

Prof. *Petges* in Bordeaux wurde als Nachfolger des emeritierten Prof. *W. Dubreuilh* zum Professor der Dermatologie ernannt.

Dr. *Thomas Caspar Gilchrist*, Professor der Dermatologie an der John Hopkins schol of Cedicine in Baltimore ist gestorben. Er war ein bedeutender Dermatologe und hat sich durch seine Studien über Blastomykose, Urtikaria usw. einen Namen gemacht; auch auf dem 6. internationalen Dermatologenkongreß in New York zeichnete er sich besonders aus.

Dr. *Erich Böttger*, Assistent der dermatologischen Abteilung am Stadtkrankenhaus in Chemnitz, wurde zum Leiter der Geschlechtskrankenabteilung am Krankenhaus in Kiel gewählt.

Die *Japan. Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten* (Präsident Prof. *K. Dohi*) feierte ihr 25jähriges Bestehen in Verbindung mit einem Gedenkakte für *A. Neißer*.

An der Wiener medizinischen Fakultät findet vom 13.—25. 2. 1928 ein *internationaler Fortbildungskurs* statt. Er bringt wieder ein sehr reichhaltiges Programm in Gestalt sehr zahlreicher Vorträge, und zwar aus dem Gebiete der gesamten Dermatologie und Syphilis. Auskunft erteilt das Bureau, Wien VIII, Schlösselgasse 22, an das auch die Gebühr von 50 S. für die Teilnehmerkarte zu zahlen ist.

Das *Odessaer dermato-venerologische Staatsinstitut* (Glawtsche Institut) hielt zur Feier seiner 10jährigen wissenschaftlich-praktischen Tätigkeit am Sonnabend, den 14. Januar 1928 eine Festsitzung ab, zu der auch deutsche Gelehrte Einladungen erhalten haben.

Die im Jahre 1854 begründete *Münchner Medizinische Wochenschrift* hat am 1. Januar ihren *75. Jahrgang* begonnen.

Digitized by Google

I.

(Aus der Dermatologischen Klinik und der Medizinischen Poliklinik in Zürich.)

Über einen eigentümlichen, zum Teil segmentär und halbseitig angeordneten Fall von progredienter Atrophie der Haut und der Muskeln mit Pigmentverschiebung.

Von

SAMUEL M. PECK und MANES KARTAGENER.

Im folgenden soll über einen Fall berichtet werden, der wegen einer eigenartigen, mit Muskelatrophie kombinierten Hautatrophie klinisches Interesse bietet.

Es handelt sich um einen 22jährigen Mann, M. B., Spediteur. Eintritt in die Klinik am 3. 6. 1927.

Anamnese: Familienanamnese o. B. (keine Nerven-, keine Muskel- oder Gelenkerkrankungen). Patient erinnert sich nicht, daß seine Eltern jemals etwas Anormales an ihm bemerkt hätten. Als Kind Masern, sonst immer gesund, spielte immer mit den anderen Kindern ganz normal. Schulbesuch o. B. Patient kann sich nicht an irgendein schwerers oder leichteres Trauma erinnern.

Mit 10 Jahren Pigmentierung am linken Oberschenkel, einige Jahre später bemerkte Patient auch Pigmentierung am linken Oberarm. Von der Pigmentierung an anderen Stellen des Körpers wußte Patient nichts, bis sein Arzt ihn vor kurzer Zeit darauf aufmerksam machte.

Erst vor 2 Jahren, im Militärdienst, bemerkte Patient, daß sein linkes Bein etwas schwächer war als das rechte; wenn er das Körpergewicht auf das linke Bein verlegte, konnte er sich nicht halten und fiel um. Dies bemerkte er auch einige Male, wenn er den Tornister auf dem Rücken trug oder beim Steigen. Seit 2 Jahren beim Gehen auf der Straße plötzlich *Krämpfe*, die am linken Bein, an Wade und Fuß anfangen und bis in die Hüfte aufsteigen. Das ganze linke Bein ist dann steif, unbeweglich, sehr schmerzhaft. Diesen Krampf kann Patient jederzeit durch übermäßige Plantarflexion des Fußes willkürlich auslösen. Ein einzelner Krampfanfall dauert jeweilen zirka 3 Minuten und kann durch Kontraktion der Extensoren und deren Unterstützung durch Anstämmen des im Fußgelenk dorsal flektierten Fußes am Boden gelöst werden. Die Krämpfe stellen sich gewöhnlich nach starker Ermüdung oder nachts ein. Im letzten Jahr traten auch zeitweise beim Violinspielen Krämpfe der Finger auf, während welcher die Hand einige Minuten lang in Klauenstellung verharrt. Die Beugesehnen sollen dabei wie derbe

Digitized by Google

Stränge angespannt sein. In derselben Zeit bemerkte Patient auch beim Bücken Krämpfe in der Nacken- und Thoraxmuskulatur. In den letzten sechs Monaten dieselben Krampfanfälle im Fuß und Waden rechts, hier steigen sie aber nicht höher als bis an das Knie. Abgesehen von diesen Krämpfen und einer leichten Ermüdbarkeit in der linken Hüfte, wurden an der Muskulatur keine Veränderungen beobachtet. Er muß im Beruf schwere Lasten heben, schwimmt und fährt Velo ohne Beschwerden. Beim Reiben des linken Unterschenkels an der Hose entstehen oberflächliche Wunden, die aber sehr leicht abheilen. Eine ähnliche Schürfung, die Patient letzthin im Militärdienst akquirierte, ist der Grund der Einweisung in die Klinik.

Vor einem Jahr unkomplizierte Gonorrhöe, die nach 2 Monaten abgeheilt war. Lues-Infektion wird negiert.

Status praesens: Kräftiger Mann in gutem Ernährungszustand. Gewicht 70,7 kg. Körperlänge 184 cm.

Haut:

Behaarter Kopf: Haut normal, keine Schuppung, Haare reichlich, im ganzen dunkel gefärbt, aber ganz unregelmäßig zerstreut vollständig weiße, unpigmentierte Haare.

Gesicht: Allgemeine Gesichtsfarbe im ganzen etwas bräunlich. An der rechten Schläfe ein etwa 50-Cents-Stück großer, leicht hyperpigmentierter Fleck. In der Schnurrbartgegend zerstreute, etwa stecknadelkopfgroße leicht hyperpigmentierte Punkte. Rechte Augenbrauengegend normal, Haare dunkel. Linke Augenbrauengegend: Die Haut ist hier sehr pigmentarm, fast pigmentlos. Die medialen drei Viertel der Augenbrauen sind vollständig pigmentlos, weiß. Die weißen Haare im ganzen eher etwas dünner, als diejenigen des noch vorhandenen lateralen Viertels und diejenigen der rechten Augenbraue. Das linke obere Augenlid ist z. T. pigmentarm, hell, z. T. in ganz unregelmäßigen verwaschenen Flecken leicht hyperpigmentiert. Die depigmentierte Haut erscheint etwas verdünnt. Ohren: Beide Ohren, stärker das linke, zeigen eine abnorme Konfiguration. Die Ohrmuscheln sind auffallend dünn, glatt und machen besonders an der Helixpartie einen atrophischen Eindruck. Die normalen Furchungen und Wölbungen fehlen, und die obere Hälfte des Ohres, speziell die Helixpartie, erscheint wie ein glattes schmales Brett. Der äußere Rand ist ganz schmal, glänzend, von einer blassen atrophischen Haut überzogen. Die Vorderfläche der ganzen Helixpartie ist ebenfalls glatt, ohne irgendwelche Furchung, schaufelartig, von einer etwas verdünnten Epidermis straff überzogen, zahlreiche feinste Teleangiektasien aufweisend (besonders links). Die Retroaurikulardrüsen beidseitig vergrößert.

Die Hauptveränderungen der Haut finden sich am Hals, Stamm und Extremitäten, vorwiegend, aber nicht etwa ausschließlich, auf der linken Rumpfhälfte. Sie bestehen in teils netz-, teils fleckenförmiger, teils diffuser Braunfärbung der Haut, stellenweise auch in deutlich atrophischen Erscheinungen.

Hals: Die Veränderungen des Halses beschränken sich ausschließlich auf die linke Hälfte. Sie beginnen hinten etwa zwei Finger breit nach links von der Halswirbelsäule und erstrecken sich in einem breiten Bande, das unterhalb des Unterkiefers beginnt und bis an die Klavikulargrube reicht, nach vorn, wo sie ungefähr über der Mittellinie aufhören. Sie bestehen in einer, teils diffusen, teils in welligen Bändern, quer nach vorn zu verlaufenden eigentümlichen Braunfärbung der Haut. Es handelt sich um ein kräftiges

Digitized by Google

Braun, das sich von einer gewöhnlichen, auf eine Bestrahlung folgenden Hyperpigmentation der Haut durch ein etwas dunkleres, ins Schiefergraue spielendes Kolorit unterscheidet. An der hinteren Partie ist die Braunfärbung diffus mit Aussparung eines etwas helleren, ganz leicht erhabenen, follikulären Bezirks. Nach vorn zu löst sich die Braunfärbung auf in etwa 2 mm breite, annähernd parallel verlaufende wellige Linien, so daß dadurch eine zebraartige Streifung zustande kommt. Gegen das Ohr zu, sowie gegen die Klavikula, wird die Braunfärbung fleckig; es sind etwa stecknadelkopfgroße, stellenweise konfluierende, nicht erhabene braune Flecke. Hier findet sich auf einem etwa 7 cm großen Bezirk außer der Braunfleckung noch eine sehr auffallende, helle, fleckige Zeichnung: stecknadelkopf- bis hirsekorngroße scharf umschriebene Partien der Haut sind hier weißlich, mit einem leicht gelblichen Unterton, viel heller, als die sie umgebende normale Haut und stechen sehr stark ab. Die Begrenzung dieser Flecke ist unregelmäßig zackig. Wenn man die Haut anspannt, so sieht man, daß in diesen hellen Flecken die Epidermis ganz fein gefältelt, glänzend und anscheinend atrophisch, haar- und follikellos ist. In der Konsistenz unterscheiden sich aber diese atrophischen Flecke weder von der normalen noch von der hyperpigmentierten Haut. Sowohl vorn als hinten ist die Abgrenzung der veränderten hyperpigmentierten Halspartie gegenüber der gesunden eine ziemlich scharfe, linear von oben nach unten gehende.

Stamm: Am Stamm ist die Haut an folgenden Bezirken verändert:

In einem zirka 5 cm breiten Band, das etwas nach unten und innen von der linken Mamilla beginnt und sich bis genau in die vordere Medianlinie hinzieht. Es findet sich in diesem Bezirk ein aus ganz unregelmäßigen Netzen und Flecken zusammengesetzte Pigmentation. Sie ist weniger intensiv als die am Hals beschriebene, hat einen Stich ins Rötlichgelbe, stellenweise ist auch hier die Haut etwas glänzend, anscheinend ganz fein atrophisch, nirgends pigmentlos. Diffus braun gefärbt ist auch die linke vordere Axillargegend. Die Braunfärbung verliert sich ganz allmählich gegen die Brust hin sowie klavikularwärts. Es handelt sich um eine ganz verwaschene, etwas ins Gelbliche spielende Braunfärbung. An einzelnen Stellen sehr deutlich umschriebene, pigmentlose, atrophische Flecke von ganz unregelmäßiger Anordnung. Axillargegend rechts: kaum verändert. Ein annähernd dreieckiger, an der Medianlinie beginnender und nach links auf das Abdomen sich hinziehender Bezirk findet sich zwei Finger breit oberhalb des Nabels. Er besteht aus leicht bräunlichen verwaschenen Einzelflecken. Die ausgedehntesten und stärksten Veränderungen finden wir an der ganzen Rückenpartie sowie an den Lenden und Nates. Auch hier ist die linke Seite sehr viel stärker befallen als die rechte, und es zeigt sich oft deutlich eine Tendenz einer bandförmigen mehr oder minder deutlich segmentären Anordnung (genauere Details vgl. Schema). Die befallenen Herde nehmen insgesamt gut zwei Drittel der ganzen Rückenpartie ein. Sie sind dadurch gekennzeichnet, daß die Haut entweder in Flecken oder in diffuser Anordnung (letzteres hauptsächlich in den zentralen Partien der großen Herde) in ihrer Farbe verändert ist. Die Färbung erscheint gegenüber derjenigen der normalen Haut als ein eigentümliches, stellenweise ins Rötlichgelbliche spielendes, Braun. Die pigmentierten Partien sind vielfach eigentümlich glänzend, wie fazettiert und ganz leicht atrophisch. Es ist ferner auffallend, daß an all diesen Stellen das *subkutane Gefäßnetz* deutlich durchscheint. Die Follikel an den veränderten Stellen sind flach, oft etwas

Digitized by Google

heller, können aber auch ganz fehlen, ebenso fehlt an diesen Partien die Lanugobehaarung vollständig. An einigen Stellen ist die Atrophie dieser braunpigmentierten Haut deutlicher ausgesprochen, so daß sie gegenüber der normalen umgebenden ganz leicht eingesunken erscheinen. Außerdem finden sich, so z. B. median von der linken Skapula, aber auch sonst hier und da, deutliche atrophische, etwas eingesunkene vollständig pigmentlose Fleckchen, die aus der braunen Umgebung scharf abstechen. Die beschriebenen Veränderungen sind in den größeren Herden, besonders in ihren zentralen Partien, durchaus diffus, so besonders deutlich in dem großen Herd, der sich von der Höhe der linken Spina iliaca anterior superior nach vorn gegen die Pubes zu und nach unten gegen die Trochanteren und die Glutaealgegend hinzieht. Noch häufiger vielleicht, so besonders in den peripheren Partien der großen Herde und in den kleineren, ist die Veränderung eine fleckförmige, indem stecknadelkopf-, linsengroße und größere, umschriebene, ganz unregelmäßig angeordnete Partien der Haut in der geschilderten Weise verändert sind. Außer einzelnen Inseln und bandförmigen Zonen ist nur die ganze linke Glutaealgegend frei.

An den befallenen Partien liegt nun nicht nur eine Atrophie der obersten Schichten, sondern sehr deutlich auch eine solche des *subkutanen Gewebes* und des subkutanen Fettes vor (ganz abgesehen von der noch zu erwähnenden Muskelatrophie). Ein Vergleich der befallenen mit den nichtbefallenen symmetrischen Partien (z. B. linke und rechte Glutaealgegend) ergibt nämlich, daß sich die Haut an den befallenen Partien viel leichter und in viel dünneren Falten aufheben läßt als an den korrespondierenden gesunden Hautstellen. Es ist offensichtlich das Polster unter der Haut geschwunden, so daß sich diese nicht straff über die Unterlage spannt, sondern leicht in dünnen, schlaffen Falten aufheben läßt.

Obere Extremitäten: Von der linken Axilla aus zieht sich ein unregelmäßiges oben breiteres (zirka 6 cm breites), unten peripherwärts schmäleres ($1\frac{1}{2}$—1 cm breites) Band veränderter Haut über den Bizeps, lateralwärts in die Ellbogenbeuge, und von da auf die radiale Hälfte der Beugeseite des Vorderarmes, um etwa handbreit vor dem Handgelenk zu endigen. Dieses Band ist nicht zusammenhängend, sondern besteht aus fleck- und streifenförmig angeordneten, vielfach verwaschenen, mehr oder minder braunen Partien. In dem ganzen Bezirk finden sich, in diese hyperpigmentierte Zone eingestreut, ganz unregelmäßig gestaltete, längliche, im einzelnen etwa stecknadelkopfgroße helle glänzende pigmentlose, atrophisch eingesunkene Partien. Sie sind besonders dort deutlich, wo die umgebende Haut pigmentiert ist. Am Vorderarm besteht der Streifen im wesentlichen aus derartigen hellen atrophischen Stippchen, die hier nur von einer nur mäßig hyperpigmentierten Zone umgeben sind. Auf der Streckseite des linken Vorderarmes nur verwaschene kaum atrophische Flecke.

Die rechte obere Extremität ist vollkommen normal, mit Ausnahme eines etwa handgroßen Bezirkes am rechten internen Epicondylus humeri, innerhalb dessen die Haut ebenfalls eine gelblichbräunliche, teils diffuse, teils makulöse Verfärbung aufweist.

Hände: An den Händen fällt hauptsächlich auf, daß die Haut der ganzen linken Hand sowie der Finger eine deutlich zyanotische Verfärbung zeigt, welche rechts fehlt. Des ferneren ist die Muskulatur an der linken Hand geringer entwickelt, die ganze Hand erscheint schmächtiger als die rechte.

Digitized by Google

Untere Extremitäten: Von der linken Trochanterengegend zieht sich ein breites Band spiralförmig über die vordere Seite des Oberschenkels nach innen. Dieses Band hängt zusammen mit den Veränderungen der linken Abdominalhälfte und der linken Glutaealgegend und bildet mit ihnen zusammen einen großen Herd brauner, wie oben beschrieben, atrophischer Haut. Nach innen zu löst sich dieses zusammenhängende Band in größere Streifen und Flecken von derselben Beschaffenheit auf. Ein zweites Band erstreckt sich von der äußeren Glutaealgegend aus über die Mitte der Hinterseite des Oberschenkels herunter, tritt unterhalb der Kniekehle auf den Unterschenkel, und zwar vorwiegend an der Außenseite der Wade verlaufend bis zum Fuß. Die Beschaffenheit der Haut ist hier dieselbe wie an den anderen Partien, die Haut diffus braun gefärbt, in allen, besonders in den subkutanen Lagen, verdünnt. Soweit sich diese Veränderungen erstrecken, treten auch hier die kutan-subkutanen Gefäße auffallend deutlich hervor. Die ganze linke untere Extremität erscheint erheblich dünner und schmächtiger als die rechte.

Das gleiche gilt vom linken Arm im Verhältnis zum rechten.

Es ist überhaupt auffallend, daß überall dort, wo die Haut in der angegebenen Weise verändert ist, sei es am Stamm oder an den Extremitäten, auch die unter der Haut liegenden Partien an Masse im Vergleich mit den symmetrischen Partien der gesunden resp. weniger befallenen Körperhälfte zurückgeblieben sind. So ist die linke Mammagegend flacher, schmächtiger, die submammare Falte flacher, weniger ausgeprägt als die rechte. Die linke Hüfte verläuft nicht wie die rechte nach außen ausladend, sondern annähernd in senkrechter Linie nach unten. Der linke Oberarm, der linke Unterarm, linker Ober- und Unterschenkel haben durchweg einen geringeren Umfang als die entsprechenden Partien rechts. Auch die linke Halshälfte ist schmäler. Durch diese Veränderung wird bewirkt, daß der ganze Körperbau ein eigentümlich asymmetrisch schiefes Aussehen bekommt. Ebenso steht die linke Skapula viel stärker vor als rechts; wo rechts der Serratus sitzt, ist links eine tiefe Konkavität, ebenso ist die äußere laterale Glutaealgegend links gegenüber der rechten eingesunken.

Behaarung: Die Achselhaare und Pubes sind beidseitig gleich entwickelt. Auffallend ist der Unterschied in der Behaarung des Rumpfes. Während sich hier sowohl auf der Brust als am Abdomen rechts sehr reichliche dunkle, krause Haare befinden, erscheint die linke Körperhälfte haararm resp. haarlos. Es findet sich hier, anschließend an die Mittellinie, auf der Brust eine Gruppe von Haaren, sowie ein Haarkranz um die linke Mamilla. Im übrigen ist die linke Körperhälfte im Vergleich zur rechten glatt, haarlos; speziell sind alle braunen atrophischen Partien vollständig haarlos. Das gilt auch für die von den Hautveränderungen befallenen Teile des linken Oberschenkels. *Es ergibt sich demnach ein enger Zusammenhang zwischen Veränderungen der Haut und der Haare,* in dem Sinne, daß überall dort, wo die Haut im Pigment und in der Struktur verändert ist, die Haare vollständig fehlen.

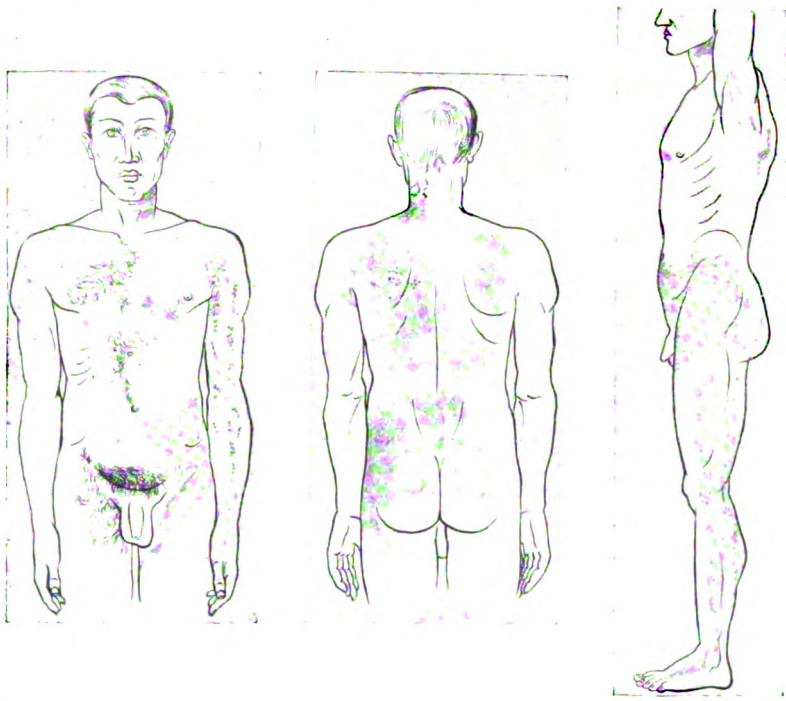
Muskulatur: Von den der Palpation zugänglichen Muskeln sind von Atrophie befallen: *Links: am Hals und Stamm:* Sternocleidomast., Pector. major, sämtliche Bauchmuskeln (speziell die breiten), Trapezius, Latiss. dorsi, Erector trunci; *an der oberen Extremität:* Deltoideus, Coracobr., Biceps, Triceps, Supraspinatus, Infraspinatus, Vorderarmflexoren, Brachiorad., Thenar, Hypothenar, Interossei (speziell im Spatium I—III); *an der unteren Extremität:* Glutaei, Sartorius, Ileopsoas, Quadriceps fem. (bes. Vast. lat.).

Digitized by Google

Adductoren, Biceps, Triceps surae, Peronaei, Ext. digit. brevis. *Rechts:* Serrat. ant.

Die atrophischen Muskeln zeigen ein deutlich verkleinertes Volumen. In ihrem Bereiche sind die Konturen verstrichen, die normalen Vorwölbungen deutlich abgeflacht. Sie fühlen sich sämtlich derb an und springen stellenweise als derbe Stränge oder Wülste vor.

Maße			rechts	links
Umfang des Oberarmes	10 cm	ob. Epicond. med.	28,5	25,5
„ „ Vorderarmes . . .	10 „	unt. „ „	29,5	26,0
„ „ Oberschenkels. . .	20 „	ob. ob. Pat.-Rand	52,0	45,0
„ „ Unterschenkels . .	20 „	unt. „ „ „	35,0	31,5
Spina il. ant. sup.-Mall. ext.			97,5	97,5



Wirbelsäule: Thorakal: linkskonvexe Skoliose. Lumbal: rechtskonvexe Skoliose und Lordose. Scapula alata links.

Motilität: Aktive und passive Beweglichkeit in sämtlichen Gelenken o. B. Sämtliche Bewegungen, auch das Aufrichten aus horizontaler Lage erfolgen prompt. Während der über 2 Stunden dauernden neurologischen Untersuchung zeigt Patient keinerlei Zeichen der Ermüdung.

Rohe Kraft o. B. Keine wesentliche Differenz zwischen der rechten und der linken Körperhälfte. Stehen und Gehen, auch Treppensteigen o. B. Keine Ataxie. Romberg negativ. Kein Tremor, keine fibrillären Zuckungen. Keine Zeichen von Myotonie.

Reflexe: Untere Bauchdeckenreflexe beiderseits nicht auszulösen. Die übrigen Haut- und Tiefenreflexe normal, beiderseits gleich. Kein Babinski, kein Oppenheim.

Digitized by Google

Elektrostatus: Abgesehen von einer nur stellenweise angedeuteten Herabsetzung der direkten galvanischen Erregbarkeit normale Verhältnisse: direkte und indirekte faradische und galvanische Erregbarkeit, normale Zuckungsformel, Zuckungen blitzartig.

Mechanische Erregbarkeit der Nerven:

	rechts	links
Chvostek	leicht angedeutet (Augenlid)	negativ
Trousseau	negativ	negativ
Peroneus:	negativ	angedeutet

Nach mehrmaligem Beklopfen des Peroneus stellt sich der oben beschriebene Krampf der Wadenmuskulatur ein.

Sensibilität: Sämtliche Qualitäten o. B. Keine Parästhesie und keine Schmerzen.

Blase und Mastdarm o. B.

Knochen: Grazil. Abgesehen von der bereits erwähnten Skoliose und Lordose der Wirbelsäule, die wohl durch die Atrophie der Rücken- und Beckengürtelmuskulatur bedingt ist, keine Deformitäten. Röntgenaufnahme des Beckens und beider Füße ergibt keine pathologische Veränderung, insbesondere keine Knochenatrophie.

Kopf: Frei beweglich, keine Asymmetrie des Gesichtes. Hirnnerven o. B. Pupillen reagieren, beiderseits gleich. Röntgenaufnahme der Sella turcica war leider aus äußeren Gründen nicht möglich.

Thyreoidea leicht vergrößert.

Lunge und Herz o. B. Puls rhythmisch, äqual 72. Blutdruck 140/95 (Vaquez).

Röntgendurchleuchtung des Thorax ergibt nichts Pathologisches.

Abdomen o. B. Genitalien: Hoden und Nebenhoden von normaler Größe und Konsistenz.

Urin: Eiweiß, Zucker, Urobilinogen negativ.

Blutstatus:

Hb. corr.	106 %
Erythrozyten	5,5 Millionen
Färbeindex	0,96
Leukozyten	7200
Neutrophile	50,3 %
Eosinophile	8,3 %
Basophile	1,0 %
Monozyten	10,6 %
Lymphozyten	29,6 %

Morphologisch o. B.

Gerinnung: erste Fadenbildung nach 3 Minuten,
Totalgerinnung nach 4 Minuten.

Chemismus:

Zucker	68,0 mg-%
Ca	12,4 mg-%
K	17,2 %
Rest-N	30,0 mg-%
Harnsäure	4,0 mg-%
Kochsalz	61,3 %

Wa.R. negativ.

Digitized by Google

Histologische Untersuchung an drei durch Probeexzision gewonnenen Hautstücken (Hals, l. Trochantergegend, l. Oberarm). Für Dopareaktion und Silberimprägnierung wurden frische Gefrierschnitte verwendet. Das übrige Material wurde in Bouin und Alkohol fixiert, in Paraffin eingebettet und mit Hämalaun, Hämalauneosin, nach *van Gieson*, mit *Weigerts* Elastikafärbung und nach *Unna-Pappenheim* gefärbt.

Hals:

Epidermis von mittlerer Breite, stellenweise eher etwas verdünnt, mit einer normalen Hornschicht bedeckt, nirgends parakeratotische Stellen. Der Papillarkörper ist überall vorhanden, die Papillen von normaler Länge, die interpapillären Leisten nirgends verbreitet. In der Basalschicht fleckförmig ziemlich reichlich Pigment. Stellenweise sind auch die Höhenlagen des Stratum Malpighi pigmentiert. Zytologisch nichts Auffallendes. In der Basalschicht ziemlich reichlich helle Zellen. Stellenweise im Stratum Malpighi zweikernige Elemente.

Die *Kutis* zeigt normalen Bau und im wesentlichen auch normale Breite. Der Papillarkörper ist zart, feinfaserig, ohne Zeichen von hyaliner Degeneration. Die größeren Gefäße sind normal. In der subpapillären Schicht finden sich einzelne erweiterte Kapillaren. Im Stratum reticulare ist auffallend ein leicht vermehrter Gehalt an perivaskulären Rundzellen. Die Haarbälge (Lanugohaare) sind zum Teil normal mit kleinen Talgdrüsen versehen. An einzelnen Stellen besteht eine leichte, follikuläre Rundzellinfiltration. Die Zahl der Follikel ist im ganzen sehr spärlich. Einzelne Follikel erscheinen rudimentär ohne Haarbildung und sind offenbar im Untergang begriffen. Die Schweißdrüsen sind z. T. vollständig normal, einzelne zeigen jedoch eine auffallende Lymphozytinfiltration. Das Lumen der Drüsen und Ausführungsgänge ist stellenweise etwas erweitert. Einzelne Drüsenazini enthalten abnorme Zellformen, zwei und sogar drei amitotisch geteilte Zellen. Das subkutane Fettgewebe fehlt fast vollkommen bzw. es ist ersetzt durch ein kernarmes, direkt der Faszie anliegendes Bindegewebe. An den Gefäßen der Subkutis nichts Besonderes.

In den van Giesonschnitten ist die Papillar- und Subpapillarschicht zart rot gefärbt.

Die Elastikafärbung ergibt ein zartes Netz von elastischen Fasern, nirgends hyaline Quellung und Elazinbildung. In der Papillar- und Subpapillarschicht sind die Fasern ganz außerordentlich spärlich.

Die Dopareaktion ist im Gegensatz zum großen Pigmentreichtum schwach, exquisit fleckförmig, stellenweise schön ausgebildete Dendritenzellen.

Die Versilberung ergibt entsprechend dem großen Pigmentgehalt eine starke Dunkelung, vor allem in der Basalschicht, stellenweise auch bis hinauf in das Stratum corneum. Chromatophoren stellenweise ziemlich reichlich, im oberen Papillarkörper aber spärlich.

Trochantergegend:

Epidermis von normaler Breite, Papillarkörper ordentlich entwickelt, Hornschicht nicht verbreitert, keine Parakeratose. Pigmentgehalt, besonders in der Basalschicht, in der einen Hälfte des Präparates sehr kräftig, in der anderen etwas weniger stark. Die zytologischen Verhältnisse normal.

Digitized by Google

Kutis ziemlich breit, normal gebaut. Die Grenzen nach der Subkutis unscharf, vermutlich darum, weil in der Subkutis die Umwandlung des Fettgewebes in bindegewebige Züge im Gang ist. Im Gegensatz zum Präparat am Hals treten entzündliche Infiltrate, sowohl im Gebiet einzelner Gefäße, als auch der Haarfollikel und Schweißdrüsen, stärker hervor. Die Gefäße zeigen nichts Besonderes, die kapillären Ektasien in der subpapillären Schicht fehlen. Die Haarbälge sind spärlich, die noch vorhandenen ausgesprochen rudimentär. Haare sind nirgends sichtbar. Am stärksten entwickelt sind die Talgdrüsenanhänge. An einer Stelle findet sich eine kleine Haarwurzel, umgeben von einem ziemlich reichlichen Infiltrat. Das Infiltrat besteht aus Rundzellen, einzelnen Plasmazellen und Fibroblasten, polynukleäre Leukozyten fehlen. Die Schweißdrüsen sind ziemlich reichlich und gut entwickelt, vereinzelte zeigen ebenfalls einen vermehrten Gehalt von Lymphozyten. Das subkutane Fettgewebe ist zum Teil noch vorhanden, zum Teil fehlt es bzw. ist es durch gewöhnliches Bindegewebe ersetzt. Aber auch dort, wo noch Fettgewebsmaschen vorhanden sind, findet sich fleckförmig in ihnen die Zeichen der Wucheratrophie: kleine kernreiche Verdichtungszonen.

Van Gieson ergibt nichts Besonderes. Elastikafärbung ergibt dieselben Verhältnisse wie oben beschrieben. Dopareaktion wie oben, mäßig stark positiv. Silberreaktion entsprechend der Pigmentierung sehr kräftig, fast überall bis zur Hornschicht hinauf. In der Kutis ziemlich reichlich Chromatophoren, oft tief hinab bis in die subpapilläre Schicht und dann ausgesprochen perivaskulär.

Arm:

Epidermis stellenweise deutlich verschmälert, nur drei und vier Zellreihen tief, Papillarkörper normal entwickelt, an den verdünnten Stellen abgeflacht oder vollständig fehlend. Hornschicht normal, nur stellenweise kleinste Punkte von Parakeratose. Die Pigmentierung kräftig. An den verdünnten Stellen findet sich ebenfalls Pigment in ungleicher Verteilung, stellenweise spärlich, stellenweise aber ebenfalls ziemlich kräftig. Die Zellen zeigen nichts Besonderes. In den verdünnten Partien finden sich gelegentlich zweikernige Zellen. Die Kutis ist eher etwas verschmälert, die Gefäße zeigen nichts Besonderes, einzelne besitzen Rundzellenmäntel; die Follikel sind spärlich, die Talgdrüsen kräftig entwickelt; um einzelne Follikel bestehen wieder deutliche, lockere, aber ziemlich ausgedehnte Rund- und Plasmazellinfiltrationen. Die Schweißdrüsen sind ziemlich zahlreich, einzelne enthalten Rundzellen. Stellenweise finden sich in der Tiefe der Kutis kleinere Zonen von chronischer Entzündung, in der Regel im Gebiet eines kleinen Gefäßes. In einzelnen Gefäßen Leukozyten. Die Subkutis ist normal und zeigt ein grobmaschiges Fettgewebe. Die Gefäße der Subkutis zeigen nichts Besonderes.

Van Gieson o. B. Elastikafärbung ergibt den schon in den früheren Präparaten beschriebenen leichten Grad von Atrophie der elastischen Fasern.

Aus der *Muskulatur* konnte leider kein Exzisionsmaterial gewonnen werden.

Stoffwechsel- und pharmakodynamische Untersuchung: Basalstoffweschel (nach *Krogh* bestimmt) ergibt 85% des Normalwertes (— 15%).

Kohlenhydrattoleranz, nach Belastung mit 20 bzw. 100 g Traubenzucker normales Verhalten des Blutzuckerspiegels. Keine Glyksurie.

Der Adrenalin- und Atropinversuch (nach *Platz*) ergab keine nennenswerten Ausschläge.

Digitized by Google

Psychisches Verhalten: Intelligenz völlig normal. Man bekommt mit dem Patienten einen ausgezeichneten intellektuellen und affektiven Rapport. Auffallend ist vielleicht, daß Patient während der Probeexzision, die natürlich in Lokalanästhesie ausgeführt wurde, wie ein Kind weinte.

Zusammenfassung:

Wir fanden bei unserem Patienten eine *Kombination* von ausgedehnten *Haut-, Unterhaut- und Muskelveränderungen.* Die Lokalisation ist vorwiegend eine einseitige mit stellenweise segmentärer Anordnung. Die Bezirke der Haut- und Muskelveränderungen fallen im großen und ganzen zusammen.

Die *Hautveränderungen* bestehen in diffuser und streifenförmiger *Hyperpigmentierung* der linken Körperhälfte mit einzelnen atrophischen, hypo- bzw. depigmentierten Partien. Die Haut ist ferner in diesen Bezirken verdünnt, auf der Unterlage verschieblich, das Fettpolster ist größtenteils geschwunden; die subkutanen Venen scheinen deutlich durch. Mit Ausnahme der Achsel- und Schamhaare sind die übrigen *Haare* der linken Körperhälfte vermindert, stellenweise, besonders am behaarten Kopf und an der linken Augenbraue, depigmentiert. Im Gegensatz zu diesen auffallenden klinischen Veränderungen steht der verhältnismäßig geringe histologische Befund. Wir finden nämlich nur in den atrophischen Partien Verdünnung der Epidermis und Abflachung der Papillen. Im Bereiche der hyperpigmentierten Stellen eine diffuse, stellenweise herdförmige Hyperpigmentation nicht nur in der Basalschicht, sondern auch im Stratum Malpighi. In allen Schnitten ist die Kutis sehr wenig verändert; insbesondere findet sich keine hyaline Degeneration oder Quellung des Bindegewebes, sondern nur geringe entzündliche Infiltrate mit teilweise perivaskulärer Anordnung, Atrophie der Haarfollikel, der Talg- und Schweißdrüsen, mit geringen chronisch entzündlichen Veränderungen ihrer Umgebung. Die elastischen Fasern sind im Papillarkörper und im Stratum reticulare vermindert. An den Gefäßen ist nichts Pathologisches zu bemerken. Das Fettpolster ist meist nicht zu sehen.

Was die *Muskel*veränderungen betrifft, so ist die halbseitige Lokalisation derselben noch viel stärker als bei der Haut ausgeprägt, indem auf der rechten Körperhälfte nur ein einziger Muskel (Serrat. ant.) sich als atrophisch erweist. Eine besondere Bevorzugung der proximalen oder der distalen Extremitätenmuskeln ist nicht zu konstatieren. Die betroffenen Muskeln sind in ihrem Volumen deutlich vermindert, ihre Konsistenz ist er-

Digitized by Google

höht. Funktionell bestehen, abgesehen von einer leichten Ermüdbarkeit und zeitweise auftretenden Krämpfen in der linken untern Extremität, keine Ausfallerscheinungen, die Motalität und rohe Kraft ist intakt, keine Kontrakturen, keine fibrillären Zuckungen, keine EaR, höchstens eine verminderte elektrische Erregbarkeit. Reflexe und Sensibilität o. B.

Die Hautveränderungen lassen zunächst an eine Sklerodermie denken, und zwar an das atrophische, hyperpigmentierte Spätstadium derselben. Sowohl die (in unserem Falle vorwiegend) halbseitige Ausbreitung, wie auch die (annähernd) segmentäre Anordnung und desgleichen die Mitbeteiligung der Muskulatur sind, wie aus der Literatur hervorgeht, dabei beobachtet. Fälle von halbseitig (*Zinny* und *Vivaldo*, *Kalb*), paraplegisch (*Müller*, *Cassirer*), segmentär (*Jadassohn*, *Kalb*) und dem Verlauf peripherer Nerven entsprechend (*Müller*) angeordneter Sklerodermie sind beschrieben. Ebenso sind Kombinationen von Sklerodermie mit Muskelatrophie, Dystrophia musc. progr., Myasthenie, Polymyositis mehrfach beschrieben worden (*Cassirer*, *Müller*, *Curschmann*, *Kalb*, *Roger*, *Patrzek*, *Rosenthal* und *Hoffmann*).

Gegen die Auffassung der vorliegenden Hauterkrankung als Sklerodermie sprechen aber folgende Punkte: das vollständige Fehlen der für Sklerodermie wirklich charakteristischen sklerodermatischen Veränderungen, sowohl im klinischen als im histologischen Bild. Weder in der Anamnese noch im Status finden sich Angaben über derartige Veränderungen, obschon es sich um einen jetzt noch progredienten Fall handelt.

Das Bindegewebe ist in unserem Falle durchaus normal, abgesehen von einer leichten Atrophie des elastischen Gewebes; nirgends finden wir Zeichen einer Homogenisierung, Wucherung und Veränderung des Bindegewebes, nirgends Vermehrung und Verklumpung der elastischen Fasern. Es handelt sich um das Bild einer reinen Atrophie, und zwar betrifft diese Atrophie ganz vorwiegend das subkutane Gewebe; nur an einzelnen atrophischen Stellen sind auch Papillarkörper und Kutis verdünnt, aber nicht qualitativ verändert.

Es steht also in unserem Falle primär die Atrophie durchaus im Vordergrunde. In Ermanglung eines entzündlichen Vorstadiums und einer für die Atrophie ätiologisch in Betracht kommenden primären Störung müssen wir mit *Finger* und *Oppenheim* unseren Fall als eine *primäre und idiopathische Hautatrophie* ansehen, und zwar handelt es sich um eine *System-*

Digitized by Google

erkrankung, indem von dieser Atrophie nicht nur das Hautgewebe, sondern auch die Muskeln ergriffen sind. Daß auch das Ektoderm, wenn auch nicht im Sinne einer ausgesprochenen Atrophie, an dem Prozesse beteiligt ist, zeigen die starken und in bezug auf die Lokalisation mit den atrophischen Veränderungen übereinstimmenden Pigmentverschiebungen (teils vorwiegend Hyperpigmentation, teils Depigmentation) der Deckepidermis und der Haare, sowie das Fehlen der Haare an den erkrankten Stellen.

Von den Literaturfällen zeigen nur die von *Heller* und *Königstein* beschriebenen Hautatrophien eine gewisse Ähnlichkeit mit unserem Fall. Es handelt sich bei *Heller* um eine 30-jährige Frau, die an 4 großen Partien angeborene Hautatrophien und gleichzeitig an der linken oberen Extremität und am linken Oberschenkel Muskelatrophie zeigte. *Heller* spricht zwar von sklerodermieähnlichen Hautveränderungen, nach seiner Beschreibung aber, besonders nach der vorhandenen Beweglichkeit, der Hautverdünnung und dem Durchscheinen der Hautvenen sowie dem fehlenden „lilac ring" und dem frühzeitigen Auftreten erscheint jedoch der Sklerodermiecharakter wenig wahrscheinlich.

Nach dem kurzen Sitzungsbericht über den Fall *Königstein* bestand dort die Hautaffektion seit 22 Jahren. Die Haut der linken oberen Extremität zeigt die typischen Symptome vorgeschrittenster Hautatrophie. Bemerkenswert ist die Beschränkung derselben auf die Haut einer Extremität, ferner die Atrophie der Knochen und der Muskeln, die vom Ulnaris versorgt werden. Entartungsreaktion war nicht vorhanden. Vorübergehend wurden Anfälle von Erythromelalgie in der ergriffenen Extremität, kombiniert mit einer Hyperglobulie von 7—8 Millionen roten Blutkörperchen, beobachtet.

Ebensolche Schwierigkeiten der Einreihung in eines der bekannten Krankheitsbilder bietet die in unserem Falle vorhandene Muskelatrophie. Aus dem neurologischen Status ergibt sich ohne weiteres, daß es sich weder um eine spinale noch um eine in gewöhnlichem Sinne neurale Muskelatrophie handelt. Rein symptomatisch gehört unser Fall am ehesten zur *Erb*schen Dystrophia musc. progr. Von den bekannten Typen dieser Krankheit unterscheidet er sich jedoch einerseits in lokalisatorischer Hinsicht: fast ausschließliches Befallensein der einen Körperhälfte und Mitergriffensein der distalen Extremitätenmuskeln, anderseits auch pathogenetisch durch das sporadi-

Digitized by Google

sche Auftreten und die Kombination mit Hautatrophie. Immerhin sind in der Literatur sowohl Fälle von einseitiger *(Mingazzini* zitiert nach *Oppenheim, Adler)* oder vorwiegend einseitiger (*Kempmann,* Fall 1) Dystrophia musc. progr., als auch Fälle mit Bevorzugung der kleinen Handmuskeln (*Kempmann,* Fall 2) bekannt. Das sporadische Auftreten wird in allen Lehrbüchern erwähnt, und über die Kombination mit Hautatrophie ist bereits oben berichtet worden. Nebenbei bemerkt ist in den Fällen *Kempmann* 1, *Königstein, Adler, Heller* und in unserem eigenen Fall die Muskulatur der *linken* Körperhälfte befallen. Ob dabei der allgemeine Gesichtspunkt *Stiers* (zitiert nach *Cassirer),* daß alle hypoplastischen Bildungen bei Rechtshändern meist die inferiore linke Körperhälfte betreffen, zu Recht besteht, soll hier nicht weiter diskutiert werden.

Die *Ätiologie* läßt uns in unserem Falle vollständig im Stich. Man ist natürlich geneigt, eine für die beschriebene Veränderung gemeinsame zentrale Ursache anzunehmen und möchte da im Hinblick auf die Sklerodermie sowie auf die übrige Atrophie an endokrine Störungen denken (vgl. *Bloch, Gans, Singer* u. a. für die Haut, *Schäfer, Maiweg, Fraenkel, Roger, Rohr* u. a. für die Muskulatur).

Andere Autoren machen dafür Veränderungen des Nervensystems spez. des vegetativen verantwortlich und begründen ihre Ansicht u. a. auch damit, daß die Lokalisation der Veränderungen oft (wie in unserem Fall) eine hemiplegische oder segmentäre ist.

Da aber in unserem Falle weder Veränderungen der endokrinen Drüsen noch eindeutige Veränderungen des vegetativen Nervensystems nachgewiesen sind, so hat es auch keinen Wert, solche Zusammenhänge eingehend zu erörtern.

Literaturverzeichnis.

Adler, E., Ein Fall von halbseitiger, progressiver Muskelatrophie. Med. Kl. 1922. S. 1343. — *Bloch, Br.*, Über Beziehung. zwisch. Hautleiden u. endokr. Störung. Festschr. Sahli. Basel. Schweiz. med. Wschr. 1926. S. 339. — *Cassirer,* Die vasomotorisch-trophischen Neurosen in *Lewandowskys* Handb. der Neurologie. 5. 179. 1914. — *Curschmann,* Das endokrine System bei Neuro-, insbesondere bei Myoneuropathien. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderh. 21. 467. 1922. — *Curschmann-Kramer,* Nervenkrankheiten. 2. Aufl. 1925. — *Darier,* Dermatologie. Berlin 1913. — *Finger, E.*, und *Oppenheim, M.*, Die Hautatrophien. Wien 1910. — *Fränkel,* Die Beziehungen der progr. Muskeldystrophie zu den Erkrankungen der Blutdrüsen. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 78. 283. 1922. — *Gans, O.*, Über die Beziehungen von Hautveränderungen zu den Störungen der endokrinen Drüsen. Vers. südwestdeutsch. Dermatol., März

Digitized by Google

1927, in Frankfurt a. M. — *Gans,* Histologie der Hautkrankheiten. Berlin 1925. Bd. 1. — *Heller, J.,* Angeborene, bezirksweise auftretende Atrophie. Berl. Derm. Gesellsch. Sitz. v. 12. Febr. 1924. Zentrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. 1924. Bd. 12. S. 124. — *Kalb,* Über einen Fall von halbseitiger Sklerodermie mit hochgradiger Atrophie usw. I.-Diss. Erlangen 1904. — *Kempmann,* Ein Beitrag zur progressiven Muskeldystrophie. D. Ztschr. f. Nervenheilk. 80. 291. 1924. — *Königstein,* Haut-, Muskel-, Knochenatrophie einer Extremität bei gleichzeitiger Erythromelalgie und Hyperglobulie. Wien. Derm. Gesellsch. Sitzung v. 25. Okt. 1923. Zentrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. 11. S. 290. 1924. — *Kuré,* Über die Pathogenese der Dystrophia musc. progr. Kl. Wschr. 1927. Nr. 15. S. 691. — *Kyrle, Joseph,* Histobiologie der menschlichen Haut. Wien u. Berlin 1925. — *Maiweg,* Progr. Muskeldystrophie und Thyreohypoplasie. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 63. 107. 1921. — *Müller, H. R.,* Die Lebensnerven. Berlin 1924. — *Oppenheim,* Nervenkrankheiten. 6. Aufl. Berlin 1913. — *Patrzek,* Eine atyp. Form der Myasthenia gravis pseudoparal., kombiniert mit Sklerodermie und Schwäche des Adrenalsystems. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 63. 155. 1921. — *Roger,* Myopathie facio-scapulo-humérale à forme scléreuse, avec Sclérodermie et acroasphyxie etc. Rev. neurol. 1919. pag. 708. — *Rohr,* Progr. Muskeldystrophie und endokrine Drüsen. Med. Kl. 1923. S. 903. — *Rosenthal* und *Hoffmann,* Über gewisse seltene muskuläre Affektionen und ihre Beziehungen zur Sklerodermie. D. Ztschr. f. Nervenheilk. 80. 1. 1924. — *Schaefer,* Die progr. Muskeldystrophie vom Standpunkte der inn. Sekretion. Mitt. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir. 37. 128. 1923. — *Singer, O.,* Beitrag zur Klinik u. Ätiologie der Hautatrophien. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 136. 198. 1921. — *Unna,* Histopathologie der Hautkrankheiten. Berlin 1894. — *Zinny, Mario* und *Jon Carlos Vivaldo,* Über einen Fall von Hemisklerodermie. Prensa med. argentina. 1923. Nr. 2. S. 37—44.

Digitized by Google

II.

(Aus dem Institut „*Robert Koch*" [Abteilung: Geheimrat Prof. Dr. *Kleine*].)

Wirkung chemischer Mittel auf Gonokokken im Tierorganismus.

Von

Dr. ALFRED COHN und L. ABRAHAM.

Allgemein ist es als Mangel empfunden worden, daß uns für therapeutische Gonokokkenversuche kein empfängliches Tier zu Gebote steht. Die zahlreichen Versuche von *Neißer, Leistikow, Krause* und *Bumm,* tierexperimentelle Infektionen mit Gonokokken hervorzurufen, waren sämtlich negativ ausgefallen. *Wertheim* gelang es, bei weißen Mäusen durch Verimpfung von Gonokokken und Serumagar in das Peritoneum eine akute Peritonitis hervorzurufen. Diese Beobachtungen *Wertheims* wurden von verschiedenen Nachuntersuchern nur zum Teil oder gar nicht bestätigt. Unter anderen fand *Scholtz,* daß bei der Impfung des Mäuseperitoneums Gonokokken nur in den ersten 20 Stunden kulturell nachweisbar waren, wobei sich eine geringe Injektion der Gefäße oder eitrige Exsudation im Peritoneum zeigte. Bei unserer später näher zu beschreibenden Versuchstechnik waren 24 Stunden nach erfolgter Gonokokkeninjektion im Mäuseperitoneum Gonokokken kulturell nie nachweisbar. Dagegen erhielten wir in der Zeit von 3 Stunden nach erfolgter Abimpfung vom Peritoneum regelmäßig Rasen von Gonokokkenkulturen. In dieser Zeit zeigte das Mäuseperitoneum bisweilen eine eben wahrnehmbare Gefäßinjektion.

Um die bakterizide Wirkung der zur Lokalbehandlung bzw. Prophylaxe der Gonorrhöe empfohlenen Mittel experimentell zu prüfen, haben *Manteufel* und *Zschucke* [1]) Versuche in vitro angestellt. Sie lösten die betreffenden Mittel (Choleval, Silbersalze, Quecksilbersalze usw.) in menschlichem Serum. Sie schließen aus ihren Versuchen, daß zur Prophylaxe der Gonorrhöe die Quecksilbersalze den Silbersalzen mindestens gleichwertig sind.

Jötten und *Pasch* [2]) haben sich mit experimentellen Studien über die Wirkung chemischer Mittel auf Gonokokken in vitro und in vivo befaßt.

Digitized by Google

Sie fanden, daß die Ergebnisse von Reagenzglas- und Tierversuchen einander widersprachen. Sie untersuchten die Wirkung verschiedener Chemikalien auf Gonokokken im Peritoneum von Mäusen, wobei sie aber nicht deren bakterizide, sondern entgiftende Wirkung auf besondere für die Maus toxische Gonokokkenstämme bestimmten. Auch sie hatten u. a. mit den Quecksilbersalzen günstige Resultate zu verzeichnen.

In der Absicht, gleichzeitig die Einwirkung des Medikaments auf die Gonokokken und im Gewebe zu studieren, haben wir ebenfalls den Tierversuch als erforderlich angesehen. Es handelt sich jedoch hierbei nicht darum, ein Analogon zur Gonokokkeninfektion des Menschen darzustellen, sondern eine Versuchsanordnung zu treffen, in der die ätiotrope Wirkung der zu untersuchenden Substanzen übersichtlich geprüft werden kann.

Unsere Technik ist folgende: Eine mit Gonokokken bewachsene Kochblutagarplatte nach *Levinthal* wurde mit physiol. Kochsalzlösung (3 ccm) abgeschwemmt. Von dieser Aufschwemmung erhielten die Versuchstiere je 0,3 ccm intraperitoneal. Die Behandlung erfolgte gleichzeitig, indem je 0,5 ccm des Heilmittels in abgestuften Konzentrationen ebenfalls intraperitoneal injiziert wurde. Nach 3 Stunden wurden die Tiere getötet, und es wurde aus dem Peritoneum mit dem Glasspatel auf Kochblutagar abgeimpft, und das Wachstum auf den Platten nach 24stündigem Aufenthalt im Brutschrank beurteilt. Hierbei mußten die Kulturen von den unbehandelten Mäusen einen dichten Rasen von Gonokokken (+++) aufweisen.

Die Prüfung der Chemikalien wurde in der Regel nicht allein mit einem Gonokokkenstamm durchgeführt, da es sich zeigte, daß je nach dem Alter des Stammes zwar nicht erhebliche, aber doch abweichende Resultate beobachtet wurden.

Wir untersuchten 3 Gruppen von Substanzen: Silbersalze, Chinaalkaloide und Akridinverbindungen.

Betrachten wir zuerst die Silberpräparate: Protargol, Albargin, Reargon, Choleval, Targesin und Acykal, welches letztere für Mäuse hoch toxisch ist und daher nur in sehr verdünnten Konzentrationen geprüft werden konnte, in ihrer Einwirkung auf die Gonokokken. Die zur Abtötung der Keime notwendige Konzentration betrug zirka 1:200. Eine Ausnahme hiervon bildet das Acykal, dessen abtötende Konzentration bei weniger als 1:20000 liegt. Von den genannten Substanzen erwies sich Protargol und Albargin bakterizider als Choleval und Re-

Digitized by Google

argon. Aus diesen Versuchen läßt sich eine gewisse Parallele unserer experimentellen Ergebnisse mit den Erfolgen der menschlichen Gonorrhoe-Therapie beobachten.

Tabelle 1.

> mehr als, < weniger als.

Name des Medikaments:	Konzentration der Abtötung:
Protargol	> 1:200 < 1:500 (Hemmungszone)
Albargin	1:400
Reargon	< 1:200
Choleval	< 1:200
Targesin	< 1:200
Acykal	< 1:20 000

Von den Chinaalkaloiden haben wir Chinin, Hydrochinin, Optochin, Eukupin, Eukupinotoxin, Vuzin und Vuzinotoxin untersucht. Sie üben insgesamt einen größeren desinfektorischen Effekt auf die Gonokokken aus als die Silbersalze. Ihre abtötende Konzentration liegt mit Ausnahme von Vuzin und Vuzinotoxin bei 1:500, während letztere eine solche von zirka 1:2000 haben.

Tabelle 2.

Name des Medikaments:	Konzentration der Abtötung:
Chinin	1:500
Hydrochinin	> 1:500 (unregelmäßig)
Optochin	> 1:500 (unregelmäßig)
Eukupin	< 1:500
Eukupinotoxin	> 1:500 (lange Hemmungszone)
Vuzin	< 1:2000 (lange Hemmungszone)
Vuzinotoxin	< 1:2000 (lange Hemmungszone)

Ganz wesentliche Unterschiede in der Wirksamkeit auf Gonokokken gegen die bisher geprüften Chemikalien ergab die Untersuchung zweier Mittel aus der Reihe der Akridinfarbstoffe: Rivanol und Trypaflavin. Nachfolgende Tabelle möge die Wirkungsweise dieser Verbindungen veranschaulichen.

Tabelle 3.

Name des Medikaments:	Konzentration der Abtötung:
Rivanol	ca. 6—10 000
Trypaflavin	1:40 000

Eindeutig tritt in dieser Tabelle die fast 20mal so stark wirkende Desinfektionskraft der Akridine auf die Gonokokken im Gegensatz zu den vorher geprüften Chinaalkaloiden in Erscheinung. Das Trypaflavin zeigte in einer Reihe von Versuchen

Digitized by Google

eine erhebliche gonokokkzide Überlegenheit über alle anderen Präparate.

Der Heilversuch mit dem Trypaflavin, bei welchem die Behandlung erst eine Stunde nach stattgehabter Gonokokkenzufuhr erfolgte, ergab folgende Resultate:

Konzentration:	Gonokokken:
1:10000	—
1:20000	—
1:40000	—

Bei gleichzeitiger Gonokokken- und Trypaflavinzuführung, wobei letztere eine Konzentration von 1:10000 hatte, zeigte sich, daß nach einstündiger Einwirkungszeit noch reichlich Gonokokken, nach 2 Stunden nur einzelne Kolonien und nach 3 Stunden keine Gonokokken kulturell mehr nachzuweisen waren. In der Reihe dieser Untersuchungen mit Rivanol und Trypaflavin hat sich die bereits eingangs erwähnte Tatsache gezeigt, daß jüngere Gonokokkenstämme bei weitem empfindlicher gegen Desinfizientien sind.

Neufeld, Schiemann und *Baumgarten*[3]),[4]) beobachteten bereits früher ebenfalls die stark bakterizide Wirkung des Trypaflavins auf Gonokokken. Nach ihren Untersuchungen zeigte es auf Gonokokken in Bouillon eine Entwicklungshemmung bis 1:30 Millionen; die abtötende Konzentration betrug nach einer Stunde 1:1 Million. Auf Grund dieser Ergebnisse wurde von *Neufeld* und *Schiemann* der Vorschlag gemacht, eine *Allgemeinbehandlung* mit Trypaflavin bei Gonorrhoe zu versuchen. Die klinische Durchprüfung unternahm seinerzeit Professor *Bruhns*, ohne jedoch eindeutige Erfolge beobachten zu können.

Weitere praktische Untersuchungen über die Wirksamkeit von Rivanol und Trypaflavin lagen bisher nur in geringer Zahl vor. Nach *Biberstein*[5]) bewährte sich die *lokale Anwendung* des Rivanols bei der Gonorrhoe der männlichen Harnröhre, nach *Büsing* bei der gonorrhoischen Epididymitis (Kli. Wschr. 1924 Nr. 22). Der Wert des Trypaflavins für den therapeutischen Zweck ist umstritten. *Watson, Davis, Harrell* und *Hyman*[6]), die es lokal anwendeten, äußerten sich im ganzen günstig. Bruck[7]) dagegen hat bei der örtlichen Verwendung des Mittels *überhaupt keinen Einfluß auf die Gonokokken feststellen können.* Mit der *intravenösen Trypaflavintherapie* hatten *E. Hofmann* und *Mergelsberg*[8]) bei der weiblichen Gonorrhoe ebenfalls keine befriedigenden Erfolge zu verzeichnen.

Digitized by Google

Dagegen hat *Haupt*[9]) bei einer allerdings nur kleinen Zahl von Fällen günstige Ergebnisse beobachtet und glaubt daraufhin, mit der intravenösen Behandlung allein auszukommen; *Zieler*[10]) jedoch hält neben der intravenösen Farbstoffbehandlung eine lokale Therapie für erforderlich. Auch in der französischen Literatur mehren sich die Stimmen, die außerordentlich gute Resultate mit der intravenösen Akridinbehandlung der Gonorrhoe erzielt haben (*Jausion, Vaucel* und *Diot*[11]), *Clara* und *Lebeuf*[12]) u. a.).

Fassen wir unsere Ergebnisse zusammen, so kommen wir zu folgenden Feststellungen:

1. Die im Mäuseversuch geprüften Silbersalze und Chinaalkaloide zeigen keine echte chemotherapeutische Wirkung im Sinne Ehrlichs. Eine solche scheint allein bei den Akridinverbindungen vorhanden zu sein.

2. Frische Gonokokkenstämme sind leichter beeinflußbar als ältere.

Unseren weiteren ätiotropischen Studien ist somit wegen der guten Wirksamkeit der Akridinverbindungen eine bestimmte Richtung gegeben.

Literaturverzeichnis.

[1]) *Manteufel* und *Zschucke*, D. med. Wschr. 1921. Nr. 2. S. 37. — [2]) *Jötten* und *Pasch*, Ztschr. f. Hyg. u. Inf.-Krankh. 1922. Bd. 98. S. 161. — [3]) *Neufeld* und *Schiemann*, D. med. Wschr. 1919. Nr. 31. S. 844. — [4]) *Neufeld, Schiemann* und *Baumgarten*, D. med. Wschr. 1920. Nr. 37. — [5]) *Biberstein*, D. med. Wschr. 1922. S. 769. — [6]) *Watson, Davis, Harrel* und *Hyman*, zit. nach *Mercks* wissenschaftl. Abhandl. usw. Nr. 37. S. 202—203. — [7]) *Bruck*, Derm. Wschr. 1920. S. 908. — [8]) *Hofmann* und *Mergelsberg*, Derm. Ztschr. 1921. S. 25. — [9]) *Haupt*, Zentrlbl. f. Gynäkol. 1921. S. 1225. — [10]) *Zieler*, M. med. Wschr. 1920. S. 1336. — [11]) *Jausion, Vaucel* und *Diot*, Presse méd. 1926. S. 804. — [12]) *Clara* und *Lebeuf*, Ann. d. malad. vénér. 1926. S. 758.

Digitized by Google

III.

(Aus der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Hospital A. Syggros [Direktor: Prof. Dr. *G. Photinos*], Athen.)

Der Einfluß der Opotherapie auf die Wassermannsche Reaktion.

Von

Dr. N. A. MICHAELIDES, und Dr. N. KLISSIUNIS,
Direktor der bakteriologischen Abteilung.

Für die Frage, ob eine Syphilis geheilt ist, haben wir keinen anderen Anhaltspunkt als die Wa.R. Der Syphilitiker wird als geheilt angesehen, wenn nach langer und intensiver Behandlung die Wa.R. im Blute und in der Zerebrospinalflüssigkeit wenigstens auf die Dauer von 3 Jahren negativ ausfällt. Es ist aber seit langer Zeit auch von anderen beobachtet worden, daß es Kranke gibt, die trotz langer Behandlung und ohne klinische Krankheitszeichen in ihrem Blute die Wa.R. positiv behalten.

In diesen Fällen fragt es sich, ob diese Kranken als geheilt anzusehen sind oder nicht.

Seit 15 Jahren haben wir die Führung der bakt. Abteilung des obigen Krankenhauses, und wir haben uns oft mit der Frage geplagt, ob wir berechtigt wären, in den Fällen, wo es sich um Frauen handelt, die außer der positiven Wa.R. keine klinischen Symptome aufweisen, den Austritt aus dem Krankenhause zu gewähren.

Deswegen haben wir versucht, nach den Gründen zu forschen, welche dieses lange Bestehen verursachen, um womöglich dasselbe auszuschalten. Bei der Bearbeitung dieser Frage haben wir beobachtet, daß das Serum einiger Kranken eine große antikomplementäre Wirkung besaß, und andererseits, daß bei einigen von diesen Kranken Ausfallserscheinungen seitens des Ovariums nachweisbar waren.

Digitized by Google

Um diesen Erscheinungen entgegenzutreten, haben wir versucht, einerseits die antikomplementäre Wirkung des Serums durch Veränderung des physikalisch-chemischen Zustandes des Plasmas zu beeinflussen und womöglich die innersekretorischen Störungen entsprechend zu verbessern.

Für das erste haben wir $CaCl_2$-Injektionen und Fixierungsabszesse, für das andere die opotherapeutische Behandlung angewandt.

Die Versuche mit $CaCl_2$-Einspritzungen und Fixierungsabszessen geben wir in Tabelle I wieder, und wie daraus hervorgeht, sind diese ohne Einfluß auf die Wa.R. geblieben.

Wir haben nachher die opotherapeutische Behandlung bei 20 klinisch symptomlosen Kranken angewandt, die wir in drei Reihen verteilt haben. Die erste Reihe war aus sechs Patientinnen zusammengesetzt, die im Laufe eines Jahres eine antisyphilitische Kur mit 13—30 g Neosalvarsan, 60—75 ccm Quecksilbereinspritzungen, 250—500 g Jodkali und 14—16 Bismut- und Neotrepolinjektionen durchgemacht hatten, und deren Wa.R. bei 18 Untersuchungen immer positiv blieb. Diesen Kranken sind in einem Zeitraum von 40 Tagen Mengen von 5,1 g Thyreoidin, 8,7 g Surrenal, 7,8 g Hypophyse, 54,6 g Ovarin in Kombinationsform dargereicht. Die Resultate sind in der Tabelle II zusammengestellt.

Die zweite Reihe, die aus acht Kranken bestand, welche in einer Zeit von 4—7 Monaten intensiv behandelt wurden und zwar mit 7—12 g Neosalvarsan, 50—60 ccm Quecksilber und 15—20 Bismutinjektionen, hatte 8—10mal durchgehend die Wa.R. im Blute positiv aufgewiesen. Vier von diesen Kranken haben die Präparate 15 Tage lang bekommen, die übrigen vier 23 Tage lang.

Die Resultate der Opotherapie bei diesen Kranken sind aus der Tabelle III ersichtlich und sind ungefähr dieselben wie der ersten Reihe.

Bei dieser Krankenreihe sind zwei auszuschließen, deren Wa.R. weiter positiv blieb. Von diesen hatte die eine eine kleine antisyphilitische Kur durchgemacht, die andere hatte seit langer Zeit keine Injektionen erhalten.

Die dritte Reihe ist aus acht Patientinnen zusammengesetzt. Dieser Reihe sind auch die zwei Patientinnen der zweiten Reihe angeschlossen worden, deren Wa.R. nicht verändert wurde.

Digitized by Google

Diese Reihe ist einer opotherapeutischen Behandlung unterzogen worden, die aus Extrakten von Schilddrüse, Hypophyse, Ovarin, Surrenal und Organpräparaten von Milz, Leber, Magen, Galle, Pankreas und Knochenmarkextrakten bestand. Die Resultate sind in der Tabelle IV aufgeführt. Bei dieser Reihe ist die Wa.R. bis auf zwei Kranke verändert. Von diesen zwei Kranken stammte die eine aus der zweiten Reihe. Also von 20 Patientinnen, die mit opotherapeutischen Präparaten behandelt wurden, sind nur zwei übrig geblieben, deren Wa.R. keine Veränderung aufwies.

Zusammenfassend kommen wir zu folgenden Schlüssen:

1. Es gibt Fälle, bei denen trotz langer und intensiver Behandlung die Wa.R. nicht beeinflußt wird.

2. Bei diesen Fällen kann man außer gelegentlicher Lymphozytose keine klinischen Zeichen der überstandenen Krankheit nachweisen.

3. Von den bei diesen Kranken zur Anwendung gelangten Mitteln konnte man nur durch die Opotherapie die positive Wa.R. beeinflussen.

4. Wir haben aus den verschiedenen Drüsen oder Organextrakten, welche einzeln oder in Kombination zur Anwendung kamen, keinen besonderen Unterschied in ihrer Wirkungsart feststellen können.

5. Aus den bisherigen Experimenten können wir nicht sicher sagen, ob diese Wirkung der Organextrakte auf die Wa.R. eine Folge ihrer lipoiden Zusammensetzung ist, oder ob es sich um eine Ergänzung der Funktion untüchtiger Drüsen handelt.

Literaturverzeichnis.

H. Hecht, I. Schubert, F. Klopstock, H. Sachs, A. Klopstock, A. Weil, D. med. Wschr. 1925. Nr. 52. 41. 25. 15, und Kl. Wschr. Jahrg. 5. Nr. 21. — *Kirschenblatt, Narinjan, R. Brandt, Guth, Müller,* D. med. Wschr. 1926. Nr. 31, und Kl. Wschr. 1926. Nr. 2. — *H. Sachs,* Derm. Wschr. 1925. Nr. 27. — *Stückgold,* Arch. f. Derm. u. Syph. 125. H. 8. — *S. Greenbaum* und *C. Wright,* Derm. Wschr. 14. 1926. — *A. Mucci,* D. Wschr. 24. 1926. — *Finger,* Wiener med. Wschr. 1926. Nr. 1. — *R. Brandt, H. Guth* und *R. Müller,* Klin. Wschr. Jahrg. 2. Nr. 5, und Jahrg. 5. Nr. 15. — *J. Schumacher,* Derm. Ztschr. Bd. XLVII. — *Georgi* und *Fischer,* Kl. Wschr., Jahrg. 6. 49. — *F. Georgi Fischer,* Kl. Wschr. Jahrg. 6. 20. — *A. Klopstock* und *E. Witebsky,* Kl. Wschr. Jahrg. 7. 3.

Digitized by Google

Tabelle I.

Befunde der Wa.R. nach intravenöser Einspritzung von 10% Lösung $CaCl_2$.

Nr.	Wa.R. vor der Injektion	Wa.R. 1 Stunde nach der Injektion	Wa.R. 24 Stunden nach der Injektion
1	++	+	+
2	+++	+++	+++
3	++	+++	++
4	+++	+++	+++
5	+	+++	++
6	+++	+++	+++
7	—	—	—
8	+	+	+
9	++	++	+
10	—	—	—
11	—	—	—
12	—	—	—

Bei 2 Kranken wurde ein Fixierungsabzess angesetzt. Die vorher stark positive Wa.R. blieb in der folgenden Zeit unverändert.

Tabelle II.

Befunde der Wa.R. im Laufe einer opotherapeutischen Behandlung bei der ersten Krankenreihe.

Nr.	16. 6. 1927	22. 6.	28. 6.	31. 6.	5. 7.	7. 7.	14. 7.	21. 7.	28. 7.	Mengen der eingenommenen Präparate
1	++	+++	—	—	—	+	—	—	—	Thyr. 0,35, Ovar. 4,5, Hyp. 0,7, Surr. 1,40 g
2	+++	+++	+	++	++	++	—	—	—	Thyr. 0,35 g, Ovar. 3,3, Thyr. 2 ccm
3	+++	+++	—	++	++	+	—	—	—	Hyp. Hin. Lap. 0,8 g, Hyp. 2 ccm, Hyp. 0,6 g
4	+++	+++	—	—	+	—	—	+	—	Hyp. 1,40, Thyr. 0,30, Ovar. 4,8 g
5	++	++	+	+	+	++	+	++	—	Hyp. Hin. Lap. 0,8 g, Hyp. 2 ccm, Hyp. 0,6 g
6	++	+++	+	++	—	++	—	—	—	Hyp. 1,40, Thyr. 0,3, Ovar. 4,8 g

Bemerkung: Bei allen Krankenreihen sind während der opotherapeutischen Behandlung antisyphilitische Kuren ausgesetzt. Die Präparate sind per os und subkutan gegeben. Bei der ersten Krankenreihe sind opotherapeutische Präparate nur während der Zeit vom 16. 6. bis 25. 6. und vom 12. 7. bis 24. 7. gegeben.

Digitized by Google

Tabelle III.

Befunde der Wa.R. im Laufe einer opotherapeutischen Behandlung bei der zweiten Krankenreihe.

Nr.	22. 7. 1927	13. 8.	20. 8.	3. 9.	10. 9.	15. 9.	22. 9.	Mengen der eingenommenen Präparate
7	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	Surr., Ovar., Hypo., Thyr. 14 g, Pituitr. 10 ccm
8	+	—	—					Surr., Ovar., Hypo., Thyr. 14 g
9	+++	+	—					Ovar. 7,10 g
10	+++	—	—					Ovar. 7,10 g
11	+	++	+++	+++	+++	+++	++	Thyreoovar. 13,5 g, Thyreohyp. 4 ccm, Pituitr. 4 ccm
12	+++	—	—					Hypophysin 0,5 g (subkutan)
13	++	—	+	—				Thyreoovar. 13,5 g, Pituitr. 4 ccm, Adren. 1 ccm
14	+++	+	++	—				Thyreoid. 0,9 (subkutan), Pituitr. 8 ccm, Adren. 1 ccm

Bemerkung: Bei dieser Krankenreihe sind die opotherapeutischen Präparate nur während der Zeit vom 26. 7. bis 11. 8. und vom 23. 8. bis 1. 9. gegeben.

Tabelle IV.

Befunde der Wa.R. im Laufe einer opotherapeutischen Behandlung bei der dritten Krankenreihe.

Nr.	10. 9. 1927	15. 9.	22. 9.	22. 9.	6. 10.	13. 10.	20. 10.	Mengen der eingenommenen Präparate
15	+++	+	—	—				Ovar. 6, Thyr. 0,75, Surr. 0,18, Hyp. 0.45, Extr. d. Mag. Darm áá 0,9 g. Milz u. Knochenmark áá 2 g
16	+++	+++	+++	+++	+++	+++	—	Dasselbe wie oben u. noch 8,1 Quinine
17	+++	+++	+++	+++	+++	—	—	Thyr. 1,85, Extr. d. Magen, Darm, Galle áá 0,9 g. Milz u. Knochenmark extr. áá 2,0 g
18	+++	+++	+++	+++	+++	++	—	Ovar. 4.4, Thyr. 0,3, Hyp. 0,4, Sur. 1,8, Quinine 8,1 u. Organextr. wie oben
19	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	Hyp. 2,6, Thyr. 0,23, Ov. 1,4, Quinine 7, g u. Organextr. wie oben
20	+++	+++	++	+	+++	—	—	Ovar. 6,7, Thyr. 0,5, Surr. 0,7 u. Organextr. wie ob.
7	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	Extr. d. Magen, Darm, Leber, Gale áá 0,9, g u. Extr. d. Milz, Knochenmark áá 2 g
11	+++	+++	+	—				Dasselbe wie oben.

Bemerkung: Die opotherapeutischen Präparate sind bei dieser Krankenreihe während der Zeit vom 10. 9. bis 22. 9. und vom 24. 9. bis 9. 10. gegeben.

Digitized by Google

IV.

(Aus der dermatologischen Klinik der Staatsuniversität Smolensk [Direktor Prof. Dr. *Grshebin*] und der Favusanstalt der Gouvernementsabteilung für Sanitätswesen Smolensk [Dirigierender Arzt Dr. *Kagan*].)

Essigsaures Thallium als Epilationsmittel bei Behandlung der Dermatomykosen.[1]

Von

Prof. Dr. S. N. GRSHEBIN und Dr. G. G. SALZMANN.

Die beträchtliche Ausbreitung der Dermatomykosen in unserer Union und die Schwierigkeit, mit der die Behandlung derselben verbunden ist, brachte die Ärzte oft in eine schwere Lage. Die einzige rationelle Therapie — die Röntgenepilation mit nachfolgender Behandlung — ist nicht immer möglich, da die Röntgenapparatur nicht allerorts zu finden ist, und außerdem, weil diese Behandlungsmethode nicht in allen Fällen von gleich gutem Erfolg begleitet ist. Deshalb ist es auch begreiflich, daß die von *Buschke* vorgeschlagene und von ihm im Verein mit seinen Schülern *Langer, Peiser* u. a. ausgearbeitete Epilationsmethode mit essigsaurem Thallium in allen Weltteilen und natürlich auch bei uns das größte Interesse erweckte.

Dank der außerordentlichen Liebenswürdigkeit des Herrn Professor *Buschke* hatten wir die Möglichkeit, uns in seinen Laboratorien mit allen Tierexperimenten und in seiner Klinik mit der Behandlungsmethode der Dermatomykosen an kranken Kindern mit essigsaurem Thallium bekannt zu machen; da wir außerdem in diesem Jahre die Möglichkeit hatten, die Wirkung des essigsauren Thalliums in der dermatologischen Klinik der Universität Smolensk und in der Favusanstalt zu beobachten, so scheint es, daß wir mit Recht einige Mitteilungen in bezug auf diese praktisch wichtige Frage machen können.

---

[1]) Wir benutzen die Gelegenheit, unseren innigsten Dank den Herren Professor Dr. *Buschke* und Dr. *Langer* für ihr liebenswürdiges Entgegenkommen auszusprechen, das uns ermöglichte, während unseres Aufenthaltes in Berlin alle neuesten Errungenschaften der Wissenschaft kennenzulernen.

Digitized by Google

Auf Grund der über 26jährigen experimentellen Forschung *Buschkes* — es sei auf die diesbezügliche Literatur verwiesen — schlugen *Buschke* und *Langer* folgende Anwendungsmethode des essigsauren Thalliums bei Menschen vor:

1. „Thallium wird bei Kindern nur bis zur Pubertät angewandt." Die Notwendigkeit dieser Regel ergibt sich daraus, daß Erwachsene Thallium viel schlechter vertragen als Kinder; darüber finden sich Hinweise sowohl bei *Buschke* und *Langer*, als auch in der russischen Literatur, wo Fälle von schwerer Intoxikation gerade bei Erwachsenen beobachtet wurden (*Landesmann* und *Mgreboff, Montreil*).

2. „Das Thallium wird am besten in Zuckerwasserlösung per os verabreicht." Die Dosierung soll sehr exakt sein, da Überdosierung Vergiftungserscheinungen und Unterdosierung unkomplette Enthaarung zur Folge haben.

3. „Man verordnet nur einmalig eine Menge von 8 mg auf ein Kilo des Körpergewichts (nackend gewogen), z. B. einem Kinde von 23 Kilo 184 mg." Da solche minimale Mengen schwer abzuwiegen sind und daher Fehler gemacht werden können, so verfertigt die Firma *Kahlbaum* gemäß den Angaben von *Buschke* und *Langer* Tabletten von 1,10 und 100 mg Thallium. Das Thallium-Depilatorium-*Kahlbaum* ist auch schon deshalb empfehlenswert, weil es im *Buschke*schen Laboratorium biologisch geprüft wird.

4. „Die nötige Menge der Milligramms wird aus Tabletten gebildet, welche 100, 10 und 1 mg Thallium enthalten. So z. B. werden 184 mg aus 1 Tablette von 100 mg, 8 Tabletten von 10 mg und 4 Tabletten von 1 mg zusammengesetzt."

5. „Die desinfizierende Behandlung mit Jod und Schwefelsalbe soll am besten vom ersten Tage der Inbehandlungsnahme an geschehen." Hierin kann man unter anderem einen Vorzug des Thalliums gegenüber der Röntgentherapie erblicken, bei der die Behandlung erst nach vollzogener Epilation möglich ist.

6. „Um Nebenerscheinungen vorzubeugen, sollen Wiederholungskuren mit Thallium im Laufe von 3 Monaten vermieden werden." In der Literatur findet man Hinweise (*Peter, Buschke* und *Langer*), daß Intoxikation eintrat, wenn man bei Rezidiven die Wiederholungsdosis früher verordnete.

7. „Das Thallium soll am Morgen auf nüchternen Magen eingenommen werden."

Buschke und *Langer* haben bei vorschriftsmäßiger Anwendung des Thalliums einen raschen und guten Erfolg erzielt; ge-

Digitized by Google

wöhnlich 8 Tage nach der Thalliumverabreichung lassen sich die Haare büschelweise herausziehen, bis endlich am 16. bis 19. Tage der Kopf völlig kahl ist. Nebenerscheinungen werden gar nicht beobachtet. Zum Schlusse ziehen *Buschke* und *Langer* die Folgerung, daß „das essigsaure Thallium dank seiner raschen und bei Anwendung von richtiger Dosierung und tadellosen Präparaten auch gefahrlosen Wirkung, zweifellos ein zuverlässiges Mittel für Epilation bei Dermatomykosen bildet".

Wie wir uns persönlich davon in der Klinik von Professor *Buschke* überzeugten, haben sich diese Anweisungen auch bei weiteren Prüfungen an kranken Kindern als völlig richtig erwiesen. Außerdem ist heute das essigsaure Thallium schon von vielen Autoren in verschiedenen Ländern geprüft worden. Es sei erwähnt, daß die Beobachtungsresultate über die praktische Tauglichkeit der Methode *Buschke-Langer* nicht völlig gleich lauten.

Cicero in Mexiko, der das essigsaure Thallium in 354 Fällen geprüft hat, spricht seine Zufriedenheit mit den Resultaten aus, obgleich er einige Male sehr geringe Nebenerscheinungen beobachtet hatte. Daselbst prüfte *Uruena, Ciceros* Arbeit verfolgend, das Thallium an weiteren 200 Fällen und wiederum mit gutem Erfolg. Nicht schlechte Resultate erhielten *Fiocco* (104 Fälle), *Felugo* (40 Fälle), *Pauchly* (14 Fälle), *Peter* (7 Fälle); *Kleinmann* (103 Fälle); begeistert äußert seine Meinung über Thallium *Bronstein* (12 Fälle).

All die erwähnten Autoren (etwa 900 Fälle) meinen, daß das Präparat, obgleich auch toxisch, für den Gebrauch tauglich ist; manche Autoren sprechen sich auch für den möglichst weitgehenden Gebrauch aus. Jedoch trifft man zugleich neben den erwähnten Autoren, die in der Mehrzahl sind, auch andere, die sich dieser Methode gegenüber entweder völlig negativ oder aber mit einer gewissen Reserve verhalten. Zu diesen muß auch *Sabouraud* gezählt werden, ferner *Pasini* (50 Fälle), welcher trotz erhaltener leidlicher Resultate und Fehlens schwerer Nebenerscheinungen doch vom Gebrauch des Präparats abrät, indem er auf die Toxität desselben hinweist.

Um die Frage der praktischen Verwendbarkeit des essigsauren Thalliums zu lösen, ist unserer Meinung nach folgendes zu erwägen: Beseitigt die neue Thalliumepilationsmethode die Röntgentherapie völlig? — Wenn dies der Fall ist, so muß die Epilation mit Thallium keinen schlechteren therapeutischen Effekt erzielen und nicht weniger gefährlich im Sinne der

Digitized by Google

Nebenerscheinungen sein. Aber man kann die Frage noch so lösen, daß diese Methode der Röntgentherapie zwar nachsteht, aber in Fällen angewendet werden kann, wo Röntgen nicht vorhanden oder nicht anwendbar ist. Und endlich ist noch die letzte Lösung möglich: die Methode ist gar *nicht* verwendbar, da sie toxisch ist. Diese Fragen zu lösen, gehört zu unserer Aufgabe. Aber bevor wir direkt zu den klinischen Beobachtungen und der Behandlung unserer Kinder schritten, wollten wir möglichst die zulässige toxische und letale Dosis des essigsauren Thalliums prüfen. Die Experimente wurden an jungen Ratten und Kaninchen ausgeführt. Die einmalige Thalliumdosis von 8 mg auf 1 Kilo, der menschlichen Dosierung entsprechend, bewirkte bei der Ratte keine schädliche Wirkung; nach 10 Tagen trat ein partieller Haarausfall in Einzelherden auf. Anderthalbe, zweifache und sogar dreifache Dosis erwiesen keine sichtliche schädliche Wirkung; der Haarausfall war ebenfalls teilweise, trat aber sehr früh ein. Eine vierfache Dosis bewirkte bei der Ratte eine gewisse Mattigkeit und am 8. Tage einen reichlicheren Haarausfall als bei den anderen. Nach dem Haarausfall trat Paresis der Hinterpfoten ein. Die sechsfache Dosis war für die Ratte verhängnisvoll; in diesem Falle traten einen Tag nach der Thalliumverabreichung Erscheinungen auf, welche Störungen des Zentralnervensystems anzeigten, die sich in einer Paresis und darauf Paralysis der unteren Extremitäten äußerten. Die Ratte verendete am dritten Tage. Was die Kaninchen anlangt, so riefen eine ein- und sogar zweifache Dosis keine objektiven Anzeichen einer Vergiftung hervor, bewirkten aber auch keinen Ausfall der Haare. Hieraus kann man, wie uns scheint, schließen, daß beim Tier toxische und therapeutische Dosis sehr nahe liegen. Schließlich spielen wohl auch individuelle Verschiedenheiten beim Tier und auch beim Menschen eine wichtige Rolle. Diese Erwägungen sind von der Klinik völlig bekräftigt worden; wir wissen, daß die Dosis von 8 mg auf ein Kilo Körpergewicht in einigen Fällen für Erwachsene schon toxisch ist, in anderen nicht. Darauf weisen unter anderem auch *Buschke* und *Langer* in ihren Regeln hin, wo sie sagen: „Die Dosierung soll sehr genau sein, da selbst geringe Überdosierung schon Vergiftungserscheinungen bewirken kann." Der geringe Unterschied zwischen der therapeutischen und toxischen Dosis ist wahrscheinlich die einzige schwache Stelle der Thalliumtherapie. Jedoch veranlaßten die sehr aufmunternden klinischen Beobachtungen der Literaturangaben, welche ungefähr 900 Fälle um-

Digitized by Google

fassen (in der Tat gewiß viel mehr) auch uns, zum Versuche der Thalliumanwendung an Menschen zu schreiten. Dieses war um so mehr angebracht, da die in der Stadt einzige Röntgenapparatur nicht allen Forderungen nachkam. Das Thallium wurde von uns an 93 Kranken geprüft, von denen 9 kombiniert behandelt wurden (Thallium + Röntgen), alle anderen nur mit Thallium.

Die Kranken sind der Diagnose nach folgendermaßen eingeteilt: Favus 31, Trichophytie 58, Mikrosporie 4; dem Geschlecht nach: 49 Knaben, 44 Mädchen;

dem Alter nach:	1—3 Jahre	4
	3—6 „	18
	6—9 „	25
	9—12 „	20
	12—13 „	21
	15—16 „	5
		93

Was die Anwendungsmethodik des Thalliums anlangt, so hielten wir uns an die von *Buschke* und *Langer* vorgeschriebenen Regeln. Vor der Verabreichung des Thalliums wurde der Kranke genau untersucht, während der Kur wurde Blut und Harn analisiert.

Die Behandlungsresultate fielen völlig befriedigend aus. Ungefähr in einem Drittel der Fälle konnten die Haare am 8. Tage leicht herausgezogen werden, seltener schon am 7. oder erst am 10. Tage. Gewöhnlich endet die Epilation im Laufe von 15—16 Tagen nach der Thalliumverabreichung. Die Epilation geht gewöhnlich gut und komplett vor sich; ziemlich oft, doch seltener als bei Röntgenbestrahlung bleibt sein Haarsaum an der Stirnhaargrenze stehen. Die Frage, weshalb dieser Saum verbleibt, ist noch nicht gelöst worden. Es muß bemerkt werden, daß dieser Teil des behaarten Kopfteils überhaupt relativ selten von Trichophytie und Favus ergriffen wird. Auf Grund unseres ziemlich reichlichen Materials konnten wir oft in Fällen mit weit von Favus befallener Kopfhaut Reste von Haaren in Form eines Saums beobachten. Daher scheint es uns möglich, die Voraussetzung auszusprechen, daß dieser Teil der behaarten Kopfhaut von einer stärkeren Resistenz sowohl in bezug auf Röntgenstrahlen und Thallium, als auch hinsichtlich der krankheitserregenden Ursache ist.

An den vom Pilze ergriffenen Stellen verblieben abgebrochene Haare in Gestalt von schwarzen Punkten, welche mit der Epilationspinzette entfernt wurden. Es muß bemerkt werden,

Digitized by Google

daß hier sowohl wie bei der Röntgentherapie die nachfolgende manuelle Epilation von Wichtigkeit ist. Lanugo restierte oft, aber nicht öfter als bei Röntgenanwendung. Die Haare wuchsen gewöhnlich im Laufe von 30—40 Tagen wieder, früher trat der Haarwuchs seltener ein, dagegen kam er auch oft später[1]). Nur in drei Fällen mißglückte die Epilation vollständig, der Haarausfall begann, blieb aber herdweise.

Da wir die meisten Fälle in der Favusanstalt behandelten, so hatten wir die Möglichkeit, die kranken Kinder unter ziemlich langer Beobachtung zu behalten; außer den 2 Monaten, während denen sie in der Favusanstalt sich befanden, behielten wir die Kranken auch unter Aufsicht, nachdem sie in andere Kinderanstalten, ihren gewöhnlichen Wohnort, übergeführt waren. Unsere Beobachtungen dauerten durchschnittlich 6 Monate, wobei wir nur in sechs Fällen ein Rezidiv feststellen konnten.

In der Zusammenfassung unserer Beobachtung über die Behandlungsresultate wäre zu sagen, daß wir mit ihnen völlig befriedigt sind, und daß wir den bestimmten Eindruck haben, daß die Methode in bezug auf die Qualität der erhaltenen Epilation der Röntgentherapie nicht nachsteht. Hier, wie beim Röntgen, ist die nachfolgende Therapie von Wichtigkeit. Einen beträchtlichen Vorzug hat Thallium dadurch, daß die desinfizierende Behandlung gleich am Anfang eingeleitet werden kann; deshalb wird der in einigen Fällen zu beobachtende frühere Haarwuchs durch die früher eingeleitete Behandlung kompensiert.

Was die Resultate anlangt, die bei kombinierter Therapie erhalten wurden (Thallium + Röntgen), so muß gesagt werden, daß dieselbe nach der von *Buschke* und *Langer* vorgeschlagenen Methodik vollzogen wurde; diese Methode wandten wir am meisten bei größeren Kindern von 12—15 Jahren an. In allen Fällen, einen ausgenommen, erhielten wir gute Resultate.

Bei allen mit Thallium behandelten Kranken wurde vor und während der Behandlung der Harn untersucht. Nur einmal konnten wir während dieser Zeit pathologische Veränderungen finden.

Auch die Blutuntersuchungen ließen wir nicht außer acht. In dieser Hinsicht untersuchten wir 33 Kinder, wobei in

[1]) Es muß vermerkt werden, daß, wenn lange in Lösung gestandenes Thallium gebraucht wurde, seine Wirkung abgeschwächt war, die Epilation trat später ein; zur totalen Epilation war längere Zeit nötig, und der Haarwuchs verzögerte sich.

Digitized by Google

23 Fällen die Untersuchung zweimal, in 10 Fällen dreimal vorgenommen wurde. Die Blutuntersuchung wurde gewöhnlich zum ersten Male vor der Thalliumverabreichung, zum zweiten Male am 3. oder 4. Tage und zum dritten Male am 10. Tage gemacht.

Es ergibt sich dabei, daß der Hämoglobinprozentsatz sich in der Hälfte der Fälle gesteigert hat, wenngleich auch nur gering, in der andern Hälfte der Fälle ist er entweder der gleiche geblieben oder nur gering vermindert worden. Die Anzahl der roten Blutkörperchen ist häufiger vermindert, aber zuweilen auch gesteigert. Aber sowohl die Steigerung, als auch die Verminderung schwanken in sehr geringem Maße.

Die Leukozytenanzahl ist in ungefähr einem Drittel der Fälle vermindert, in einer etwas kleineren Anzahl von Fällen gesteigert, in einem Drittel der Fälle der gleiche geblieben.

Was die im allgemeinen starke Eosinophilie anlängt, so fand sich in zwei Dritteln der Fälle eine Steigerung, zuweilen sogar eine beträchtliche; nur in neun Fällen erhielt man eine geringe Verminderung.

Wir kommen nunmehr zu einer der wichtigsten Fragen der Thalliumtherapie, nämlich den Nebenerscheinungen und der Toxität des Präparats. Diese Frage steht in engster Verbindung mit derjenigen der Verwendbarkeit des Thalliums überhaupt. In 95 Fällen (eingerechnet neun kombiniert — Thallium + Röntgen — behandelte Fälle) trafen wir 25mal leichte Erscheinungen von Intoxikation. Darunter 20mal Gelenkschmerzen; diese Schmerzen traten in verschiedenen Perioden nach der Thalliumverabreichung einmal am 3. Tage, öfters nach einer Woche auf. In zwei Fällen beobachten wir Magenschmerzen, die aber bald nachließen. Einmal sahen wir Tränenfluß, Schwerhörigkeit, Konjunktivitis, zweimal Dermatitis des behaarten Kopfteiles. Wir können mit Bestimmtheit behaupten, daß die Gelenkstörungen (immer ohne organische Veränderungen) häufiger an schwächlichen Kindern zu beobachten sind. Gut genährte Kinder dagegen vertrugen das Thallium gewöhnlich ohne Beschwerden. Ebenfalls bildet Ruhe ein vorzügliches prophylaktisches Mittel gegen die Nebenerscheinungen. Wir bemerkten, daß bei warmem Wetter, als die Kinder die Möglichkeit hatten, frei herumzulaufen, die Häufigkeit der Gelenkerkrankungen beträchtlich zunahm.

Angeregt durch den vorzüglichen therapeutischen Effekt und das fast völlige Fehlen der Nebenerscheinungen, gingen wir zur ambulanten Behandlung über. Dazu kam noch der Um-

Digitized by Google

stand, daß die Klinik in den Ferien geschlossen wurde, und das hiesige Röntgenkabinett wegen hoher Frequenz allen Anforderungen nicht nachkommen konnte. Unter zahlreichen Fällen, die ebenso wie bei klinischer Behandlung gut und wunschgemäß verliefen, trafen wir auf einen letal geendeten Fall, augenscheinlich eine akute Thalliumvergiftung. Aber auch in diesem Falle kann man nicht dem Thallium alle Schuld geben, da hier, wie die Obduktion zeigte, vorhergehende Veränderungen chronischer Natur des Organismus (Reste einer früheren Poliomyelitis) vorhanden waren, und außerdem noch andere zufällige Umstände eine Rolle spielten, die vermuten lassen, daß wahrscheinlich versehentlich überdosiert war, da das Gewicht des Kindes nicht exakt festgestellt wurde — es war von der Mutter allein gewogen worden — und auch das Thallium nicht sehr exakt abgewogen war, da nicht die Tabletten, sondern das Salz verordnet wurde.

Wenn wir uns der Literatur über die toxische Wirkung des Thalliums zuwenden, so zeigt es sich, daß *Peter* zwei Fälle von Intoxikation beschrieben hat, wobei in seinen Fällen die Vergiftung damit erklärt wird, daß die zweite Epilationsdosis bei einem Rezidiv viel zu früh, nach 4 Wochen, gegeben wurde. *Divella* hatte zwei Todesfälle nach Thallium; in einem Falle bei einem Kinde, im anderen bei einem Erwachsenen. Das Kind litt an tuberkulöser Meningitis, und deshalb meint der Autor, daß in diesem Falle nicht allein das Thallium schuld war. Unser Fall ist womöglich nur der zweite Todesfall in der Literatur, den man bei Kindern beobachten konnte, wobei in dem Falle, wie auch in unserem vorhergehende Veränderungen des Nervensystems vorhanden waren. Starke toxische Erscheinungen nach Thallium sind viel häufiger bei Erwachsenen beschrieben worden, wie wir das schon früher erörtert hatten.

Einige Autoren (*Iwanoff*, *Landesman* und *Mgebroff* u. a.) warnen vor der Thalliumanwendung, gedenk der ferneren Wirkung desselben, aber *Buschkes* lange dauernden, sowohl experimentellen als auch klinischen Beobachtungen, welche gezeigt haben, daß nur eine chronische Vergiftung in dieser Beziehung ihre Wirkung entfalten kann, sind völlig überzeugend. Degenerative Veränderungen im Tierorganismus hat *Buschke* nur in den Fällen beobachtet, wo die Tierfütterung chronisch war. Es scheint, daß bei der Thalliumverwendung die Gefahr einer akuten Vergiftung nicht außer acht gelassen werden darf, und deshalb erlauben wir uns, zu *Buschkes* und *Langers* Regeln noch

Digitized by Google

folgende Maßnahmen vorzuschlagen, welche den Prozentsatz der Intoxikation noch vermindern könnten:

1. Thallium soll nur bei völlig gesunden Kindern angewandt werden, insbesondere muß der Zustand des Zentralnervensystems und des Darmtrakts berücksichtigt werden.

2. Die Behandlung mit Thallium soll ausschließlich klinisch vollzogen werden. (Nebenerscheinungen bei Kindern, welche nicht frei herumlaufen, werden seltener angetroffen.)

3. Da schon geringe Schwankungen der Dosis toxisch sein können, so soll das Abwiegen der Kinder und des Präparats von zwei Personen ausgeführt werden. Am zweckmäßigsten ist die Anwendung der bereits dosierten Tabletten.

Zusammenfassend läßt sich sagen:

1. Die Thalliumepilation steht in nichts der Röntgenepilation nach. Wenn beim Thallium die Enthaarung im allgemeinen etwas früher eintritt als nach dem Röntgen, und die Periode des Kahlseins bei ihm in einigen Fällen etwas kürzer ist, so wird dieser Mangel dadurch kompensiert, daß wir bei der Thalliumepilation die parasitizide Behandlung vom Tage der Thalliumverabreichung an beginnen, während sie bei der Röntgenbehandlung erst nach Schluß der Epilation vorgenommen wird. Auf Grund des oben Gesagten fühlen wir uns berechtigt zu behaupten, daß die Qualität der Thalliumepilation derjenigen der Röntgenbestrahlung mindestens gleich ist.

2. Bei der Röntgenepilation hängt die Epilationseigenschaft von der Kopfform ab, es werden zuweilen solche Kopfformen angetroffen, bei denen man keine gleichmäßige und identische Dosis für alle Kopfteile geben kann; infolgedessen restieren Haarbüschel und nicht epilierte Herde; beim Thallium wird so etwas nicht angetroffen.

3. Säuglinge einer Röntgenepilation zu unterwerfen, sind wir gar nicht imstande, da sie in einer fixierten Stellung nicht zu halten sind; auch dieser Umstand kann als Vorzug für das Thallium gelten. Das gleiche gilt für unruhige, z. B. idiotische Kinder.

4. Die Röntgenepilation bedarf eines größeren Zeitaufwandes als die Thalliumbehandlung; bei der Röntgenepilation muß einem jeden Kinde viel Zeit gewidmet werden, von ½ bis 1½ Stunden, abhängig je nach der technischen Röntgeneinrichtung.

Digitized by Google

5. Die Thalliumepilation ist sehr billig und könnte allerorts Verwendung finden, während die Röntgenapparatur schon aus wirtschaftlichen Gründen nicht immer zugänglich ist.

Wenn man dabei die toxischen Eigenschaften des Thalliums berücksichtigt, so muß ein jeder die allergrößte Vorsicht üben. Das Thallium ist zweifellos toxisch und ruft in einem gewissen Prozentsatz mißliche Nebenerscheinungen hervor, aber dieselben sind gering und fehlen fast ganz bei Anwendung der von *Buschke* und *Langer* empfohlenen Vorsichtsmaßregeln. Intoxikationserscheinungen werden häufiger bei Erwachsenen beobachtet, Todesfälle sind nur ausnahmsweise und hängen von einer ganzen Reihe zufälliger Umstände ab. Wir wissen, daß auch die Röntgenstrahlen von Nebenerscheinungen begleitet sind, daß es Fälle von besonderer Sensibilität in bezug auf dieselben gibt, daß als Resultat der Röntgenepilation eine dauernde Enthaarung, nicht nur partielle, sondern auch totale, eintreten kann; ein jeder von uns hat natürlich Röntgendermatitiden und Ulzera zu beobachten Gelegenheit gehabt. Auch nach der Röntgenbehandlung treten, wenn auch selten, weitläufige Nebenerscheinungen auf, in Gestalt von Erscheinungen zerebraler Reizung, wie Kopfweh, Übelkeit und Erbrechen. All dieses spricht dafür, daß die Thalliumepilation bezüglich ihrer Toxität nicht größer ist als die Gefahren der Röntgenstrahlen. Toxische Eigenschaften des Thalliums sind zweifellos vorhanden, aber bei Berücksichtigung der erwähnten Regeln kann man es als gefahrlos ansehen. Auch bei der Röntgenepilation, nicht weniger als bei der Epilation mit Thallium, ist vorsichtige Verwendung angebracht. Wir stimmen mit *Buschkes* und *Langers* Schlußfolgerungen völlig überein, daß diese Methode „als Epilationsmittel bei Dermatomykosen bedingungslos empfohlen werden kann und alle Vorzüge besitzt, um sich in der Medizin einzubürgern, und insbesondere da, wo es an Röntgenapparatur mangelt". Die weitere Erforschung soll zeigen, ob diese Methode die Röntgenbestrahlung völlig ersetzen kann.

Zum Schluß sprechen wir Herrn Dr. *K. A. Kagan* unseren besten Dank aus für die freundliche Mitwirkung und Teilnahme an unserer Arbeit in der Favusanstalt.

Digitized by Google

V.

Lebensdauer der Spirochaete pallida.

(Bemerkungen zur Arbeit von *Kadisch*, diese Zeitschrift 1927 Bd. 51 Heft 2 S. 117.)

Von

Privatdozent A. KISSMEYER

(Kopenhagen).

Die Arbeit von *Kadisch* über die Lebensdauer der Spirochaete pallida bietet ein großes Interesse dar, indem sie zeigt, daß die *Möglichkeit* einer extragenitalen Infektion jedenfalls theoretisch etwas größer ist, als allgemein angenommen wird. Es sei mir nun erlaubt, in einem Punkt seine Angaben zu vervollständigen. *Kadisch* zitiert meine in der Münchener medizinischen Wochenschrift 1923 mitgeteilten Erfahrungen über die Widerstandsfähigkeit der Kulturspirochäten gegen niedrige Temperaturen und gibt an, daß bei + 2° C die Spirochäten nach einigen Tagen starben. Dagegen erwähnt *Kadisch* nicht, daß ich *von einer bei — 16° C gehaltenen Kultur nach 3 Monaten noch Subkulturen anlegen konnte.* Dieser Befund bekräftigt sowohl die Erfahrungen von *Krantz* als auch die von *Kadisch* über die größere Widerstandsfähigkeit bei sehr niedriger Temperatur. Da die Spirochäten von *Kadisch* Gewebsspirochäten waren, während meine von einer *Reinkultur* stammten, hat sein Befund natürlich ein besonderes Interesse, weil er die Identität meiner Kulturspirochäten jedenfalls in dieser Beziehung mit den Gewebsspirochäten demonstriert. Es scheint also wirklich, daß die Spirochaete pallida bei sehr niedrigen Temperaturen ihre Lebensfähigkeit (und Ansteckungsfähigkeit?) 2½ bis 3 Monate bewahren kann.

Digitized by Google

VI.

(Aus der Universitätshautklinik Bonn [Direktor: Professor Dr. *E. Hoffmann*].)

Über Einschlüsse in den Harnröhrenepithelien bei chronischer Urethritis.

Von

Dr. HANS SCHMITZ.

Nach bisher nicht veröffentlichten Beobachtungen *E. Hoffmanns* findet man in Fällen chronischer postgonorrhoischer Urethritis des Mannes in den mit dem Sekret entleerten oder aus der Pars anterior entnommenen Epithelien hin und wieder gewisse polymorphe, von ihm als Keratohyalin angesehene Einschlüsse, über deren Natur in der Literatur noch wenig berichtet worden ist.

Martin und *Romieu*[1]) haben „polymorphe Einschlüsse von pseudoparasitärem Aussehen" bei chronischer gonorrhoischer Urethritis gefunden. Auf Grund des färberischen Verhaltens dieser Einschlüsse kommen sie zu dem Ergebnis, daß es sich um Keratohyalin bzw. Eleidin handele, daß es somit ein Stratum granulosum gebe, welches sich in Desquamation befinde und eine dermoide Umwandlung der Harnröhrenschleimhaut beweise.

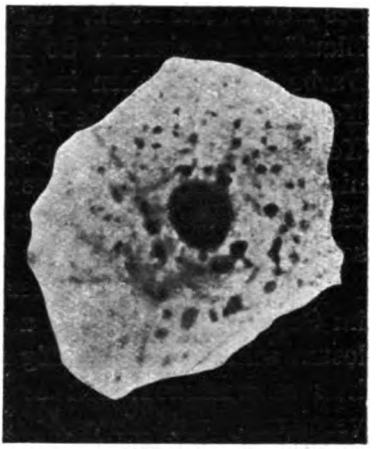
In dem von *E. Hoffmann* unabhängig davon beobachteten und mir überlassenen Fall handelte es sich um eine post-gonorrhoische Urethritis, die im Gefolge einer 1911 erworbenen Gonorrhöe von Zeit zu Zeit etwas stärker sezernierte und *zahllose Epithelien* und Bakterien aufwies, ohne daß je Gonokokken mehr nachweisbar waren. Sie reagierte stets gut auf Injektionen von Zinkresorzinlösung. Die zahlreichen, mit Methylenblau gut färbbaren Schollen und Körnchen, die innerhalb der Epithelzellen lagen, erschienen *Hoffmann* ihrer färberischen Eigenschaften wegen als Keratohyalinkörnchen, und es wurde mir die nähere Bearbeitung dieser Frage übertragen.

Wenn man, wie das inzwischen von mir geschehen ist, geeignete Fälle genügend lange und gründlich kontrolliert, findet man, daß die als Einschlüsse bezeichneten Körperchen im Zytoplasma gar nicht so selten sind. Und zwar sind es überwiegend die chronischen, manchmal jahrealten Katarrhe der männlichen Harnröhre, die im Anschluß an frühere Gonorrhoe bestehen oder

Digitized by Google

auch von Anfang an nicht gonorrhoisch waren. Aber auch bei frischerer Gonorrhoe werden sie gelegentlich bei Verschwinden der Gonokokken aus dem Sekret ein paar Tage lang gesehen. Überhaupt konnte ich im Gegensatz zu *Martin* und *Romieu* nie Einschlußkörperchen gleichzeitig mit positivem Gonokokkenbefund feststellen, sondern immer nur bei Spärlichwerden des Eiters und Auftreten von zahlreichen Epithelien im Sekret.

Bei weiblicher Gonorrhoe ließen sie sich ebenfalls in einem Falle im Harnröhrenepithel nachweisen. Die Färbung mit Methylenblau genügt zur Feststellung der Granula, wenn man sich nur hütet, Auflagerungen als Einschlüsse anzusehen. Um aber ihrem Wesen näherzukommen, sind speziellere Färbemethoden erforderlich. Dabei stellen die erwähnten Einschlüsse polymorphe, in der Größe sowohl wie in der Intensität der Färbung stark schwankende Granula dar, die das Zytoplasma der desquamierten Epithelzelle in mehr oder weniger großer Dichte durchsetzen. Bei allerstärkster Vergrößerung läßt sich in ihnen eine gewisse Struktur, ähnlich einem Gerüstwerk, feststellen. Manchmal ist die Lagerung der Körnchen zum Kern der Zelle so, daß man an eine Abstoßung aus demselben denken kann (vgl. Abbildung).



Die Auffassung, daß es sich um *Kernkörperchen, Nukleolen*, handele, ist aber nach dem ganzen Bilde und auch nach Ansicht von anatomischer Seite (Prof. *Sobotta*) wohl nicht wahrscheinlich, wiewohl zugegeben werden muß, daß ein zwingender Beweis *gegen* diese Annahme bei der weitgehenden Übereinstimmung auch in der Färbung von Kern und Granula nicht zu führen ist.

Keratohyalingranula gibt es überall, wo ein Stratum granulosum vorhanden ist, also an der ganzen Hautdecke, mit Ausnahme der Schleimhäute. Eine Sonderstellung nimmt nur das Lippenrot ein, in dem ein solches nachgewiesen worden ist[2]). Die Ansichten über Entstehung des Keratohyalins sind auch heute noch sehr geteilt. Immerhin ist es so gut wie erwiesen, daß als Entstehungsorte sowohl der Kern wie das Zytoplasma

Digitized by Google

und die letzteres durchziehenden Tonofibrillen angesehen werden dürfen.

Auch die Frage nach der chemischen Natur des Keratohyalins ist sehr umstritten. Manche halten es für eine eiweißartige Vorstufe der Hornsubstanz, des Keratins [2]), [3]), [4]), andere lehnen diese Auffassung ab [5]). Dagegen wird die Abstammung des Eleidins von dem verflüssigten Keratohyalin allgemein angenommen.

Ein gültiger Beweis aber dafür, daß es sich bei genannten Einschlüssen um *Keratohyalin* handelt, ist deswegen nicht zu führen, weil es eine spezifische Keratohyalinfärbung nicht gibt. Es färbt sich sowohl mit sauren als mit basischen Farbstoffen, wodurch eine völlig genaue Differenzierung nicht möglich ist. So imprägnieren sich die Granula in der äußeren Wurzelscheide des Haares mit Eosin, während im Stratum granulosum der Haut Blaufärbung eintritt. So kann auch die Übereinstimmung der Farbe der Körnchen in den Harnröhrenepithelien mit der des Kernes erklärt werden; denn die meisten Farbstoffe färben Keratohyalin und Kern gleichermaßen. Um Eleidin kann es sich nicht handeln; denn dieser lipoidartige Stoff wird in Osmiumdämpfen geschwärzt, was wir in unseren Präparaten ausschließen konnten.

Wenn nun auch ferner Form und Anordnung der Granula im Gegensatz zu den Keratohyalinkörnchen des Stratum granulosum sehr ungleichmäßig ist, so ist doch mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß es sich tatsächlich, wie *E. Hoffmann* vermutete, um *Keratohyalin* handelt. Histologisch wäre es, wenigstens für den vorderen Teil der Harnröhre, sowie etwa für die weibliche Vagina, durchaus denkbar, daß es auf chronischen Reiz hin zu einer Art horniger Umwandlung der Schleimhaut kommen könnte, wie ja auch bei *Leukoplakie* bzw. *Leukokeratose* eine solche mit reichlicher Keratohyalinbildung im Munde und anderwärts [6]) stattfindet.

Literaturverzeichnis.

[1]) *Martin* und *Romieu*, Inclusions polymorphes et d'aspect pseudo-parasitaire dans les cellules epitheliales pavimenteuses d'un eculement urethral chronique. Journal d'urol. med. et chir. 1924. Bd. 17. S. 210. — [2]) *Hoepke*, Handb. d. Mikroskop. Anat. Bd. 3. 1. Teil. 1927. — [3]) *Unna*, Biochemie der Haut. — [4]) *Stöhr*, Lehrb. d. Histologie. — [5]) *Sobotta*, Lehrb. d. Histologie. — [6]) *Gans*, Histologie der Hautkrankheiten. Bd. 2. S. 384.

Digitized by Google

VII.

Erfahrungen mit Perkutolen.

Von

Dr. HANS SCHLÜTER,

Berlin.

Die Perkutole sind auf rein physikalische Weise verflüssigte Arzneimittel, die nach einem besonderen Verfahren, ohne daß flüssige Lösungsmittel zur Verwendung kommen, von der Chemischen Fabrik Reisholz, in Reisholz bei Düsseldorf, hergestellt werden. Auf diese Weise ist es möglich, die wirksamen Stoffe direkt auf die Haut zu bringen, ohne daß eine Salbenkombination als Einbettungsmittel notwendig ist. Es ist allgemein bekannt, daß aus Salbengrundlagen nur eine sehr langsame und unvollkommene Resorption stattfindet. Bei den Perkutolen ist die Resorption bedeutend besser und beschleunigt. Dadurch wird eine kräftigere und schnellere Wirkung des betreffenden Medikaments erreicht. Diese perkutane Applikation hat weiter den großen Vorzug der guten Verträglichkeit gegenüber peroraler Anwendung und manchen Injektionen.

Die Perkutole bestehen aus einem Säureester als Grundsubstanz und dem therapeutisch wirksamen Agens. Andere Vehikel sind nicht vorhanden.

Meine Erfahrungen erstrecken sich auf folgende Perkutole:

1. *Resorzin-Perkutol.* Diese Zusammenstellung besteht aus 33,5% Resorzin und 66,5% Salizylsäureester. Das Präparat ist flüssig und fast farblos. Der Geruch ist nicht unangenehm.

Ich habe sehr gute Erfolge bei der Behandlung der Hyperhidrosis pedum et manuum gehabt. Jeder Praktiker kennt die großen Schwierigkeiten, die sich einer Behandlung der übermäßigen Schweißabsonderung entgegenstellen. Die vielen empfohlenen Salben, Puder und Lösungen bringen gewöhnlich nur vorübergehende Erfolge; Dauererfolg ist meist nicht zu erzielen. Spirituöse Lösungen reizen außerdem oft die Haut so stark, daß sie ausgesetzt werden müssen.

Ich habe in fast allen Fällen der Anwendung des Resorzin-Perkutol ein vollständiges Zurückgehen der Schweißbildung beobachten können. Der meist vorhandene üble Geruch verschwand bereits nach den ersten Einreibungen. Ein wichtiges Erfordernis ist Sauberkeit. Ich bin in der Weise vorgegangen, daß ich vor jeder Einreibung ein Reinigungsbad nehmen ließ. Darauf wurde die Haut sorgfältig abgetrocknet und dann mit 5 bis 15 Tropfen Resorzin-Perkutol eingerieben. Diese Einreibungen haben in den ersten Tagen der Behandlung täglich, weiterhin allmählich seltener zu erfolgen. Schließlich genügt eine Einreibung wöchentlich, alle 2 Wochen, und einmal im Monat, um den erreichten guten Zustand zu erhalten. Reizerscheinungen von

Digitized by Google

Bedeutung habe ich nicht gesehen. Einige Patienten klagten über leichtes Brennen, das jedoch nach kurzer Zeit wieder verschwand. Sonstige Nebenerscheinungen habe ich nicht beobachtet.

Resorzin-Perkutol wird von *E. Hoffmann*, Bonn, auch für die Behandlung des Erythrasmas, der Pityriasis versicolor und anderer Pilzerkrankungen der Haut empfohlen. Mir steht lediglich die Beobachtung von vier Erythrasma-Fällen zur Verfügung. In drei Fällen konnte ich die Erkrankung beseitigen, während der vierte rezidivierte. Ein abschließendes Urteil ist hiernach noch nicht möglich. Doch scheint das Mittel auch bei diesen Pilzerkrankungen Gutes zu leisten.

2. *Jod-Perkutol.* In dieser Kombination sind 5% reines Jod und 95% Salizylsäureester enthalten. Es ist eine dicke, ölige Flüssigkeit von dunkelbrauner Farbe. Ich habe einen Fall von hartnäckiger Gonitis, unklarer Ätiologie, mit Jod-Perkutol zur Ausheilung gebracht. Es handelte sich um einen 21jährigen Patienten mit einer linksseitigen Gonitis. Punktionen hatten nur vorübergehend Erfolg. Das Knie wurde jeden Abend mit Jod-Perkutol eingerieben. Die Haut zeigte keine Reizerscheinungen. Das Jod wurde sehr schnell resorbiert: nach kurzer Zeit war es im Harn nachweisbar. Säuert man etwas Harn mit Salzsäure an und setzt dann einige Tropfen Stärkekleister und Chlorkalklösung zu, so entsteht Blaufärbung. Mit rauchender Salpetersäure und Chloroform ist der Nachweis ebenfalls möglich. Das Chloroform nimmt bei Anwesenheit von Jod eine karminrote Färbung an. — Die Schwellung des Knies ging nach kurzer Zeit zurück, die Schmerzen ließen nach, das Knie wurde wieder beweglich. Es war in diesem Falle zu erkennen, daß das vorhandene Exsudat unter der Jodeinwirkung zurückging. Die Haut wurde in keiner Weise angegriffen.

3. *Salizyl-Perkutol.* Bei Myalgien, Arthritiden und Neuralgien habe ich mit Salizyl-Perkutol, das 5% Acid. salicyl. cristall. enthält, ausgezeichnete Erfolge gehabt. Die Einreibungen wurden durchweg als sehr angenehm empfunden. Die Schmerzen waren nach kurzer Zeit gebessert. Der große Vorteil dieser Art der Salizylapplikation besteht darin, daß der Verdauungstraktus umgangen wird. Die lästigen Beschwerden von seiten des Magens fallen fort. Bei schweren Krankheitsfällen ist allerdings eine gleichzeitige innere Salizyldarreichung nicht immer zu vermeiden. Ich ließ täglich mehrmals einreiben. Hautreizungen traten auch hierbei nicht auf. Im Harn ist die Salizylsäure ebenfalls nachweisbar. Nicht zu unterschätzen ist auch eine suggestive Wirkung auf den Patienten, die darin besteht, daß das Medikament direkt auf die schmerzenden Stellen appliziert wird.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die mit den Perkutolen erzielten Ergebnisse als durchweg günstige zu bezeichnen sind. Diese Erfahrung entspricht der von verschiedenen Seiten festgestellten trefflichen ***Resorption der in den Perkutolen inkorporierten Medikamente.*** *Kretschmer* konnte nach dreimaliger Einreibung von je 15 Tropfen Salizyl-Perkutol in mehreren Fällen am nächsten Tage Acid. salicyl. im Harn nachweisen. Ich fand nach Gebrauch von Jod-Perkutol Jod im Urin. *Hinz* ließ durch *Horneck* einen Serienversuch am Hund anstellen, indem er vier moderne Salben und vier neuartige Medikamentträger, mit Farbstoffen imprägniert, in die geschorene, sonst nicht vorbereitete Haut einreiben ließ. Hinterher exzidierte Hautstücke wurden mit dem Gefriermikrotom in Schnitte von 20 Mikren zerlegt, mikroskopisch untersucht und farbenmikrophotographisch festgehalten. Die intensivste

Digitized by Google

Farbablagerung in und unter der Haut ergab sich bei Verwendung von Salizyl-Perkutol. Mit großer Wahrscheinlichkeit darf man also urteilen, daß Perkutole das Mittel der Wahl sind, um Medikamente bestmöglich in die Haut und durch die Haut zur Resorption zu bringen. — Wenn *Frey* bei Besprechung der Arteriosklerosebehandlung mit Jod die äußerliche Jodanwendung als Ersatz der oralen Darreichung ablehnt und sagt: „für Jodvasogen, Jodthion, Jod-Perkutol ist die Resorption durch die Haut unsicher", so ist diese Annahme jetzt für Jod-Perkutol einwandfrei widerlegt.

Mit den Perkutolpräparaten kann man bei äußerlicher Anwendung nicht nur arzneiliche Beeinflussung der Haut und der unmittelbar darunterliegenden Gebilde erreichen, sondern auch therapeutische Allgemeinwirkungen im Gesamtorganismus. Damit ergibt sich ein sehr weites Indikationsgebiet für Anwendung der Perkutole, insbesondere für Jod-Perkutol und Salizyl-Perkutol.

Literaturverzeichnis.

Roscher, Med. Kl. 1923. Nr. 46. — *v. Bültzingslöwen*, M. med. Wschr. 1924. Nr. 8. — *Er. Hoffmann*, Derm. Ztschr. Bd. XL. H. 2, u. Bd. XLII. H. 2. — *Lenhardt*, Med. Kl. 1925. Nr. 47. — *Beer*, D. med. Wschr. 1925. Nr. 40. — *Taubert*, M. med. Wschr. 1924. Nr. 32. — *Simon*, Tierärztl. Rundsch. 1926. Nr. 8. — *Wollersheim*, Tierärztl. Rundsch. 1925. Nr. 29. — *Kretschmer*, D. med. Wschr. 1925. Nr. 7. — *Lerens sen.*, Tierärztl. Rundsch. 1925. Nr. 34. — *Horneck*, Tierärztl. Rundsch. 1927. Nr. 19. — *Frey*, M. med. Wschr. 1925. Nr. 33.

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 7. April 1927.

Vorsitzender: *Sabouraud.*

Lortat-Jacob und *Legrain*, Zum Protokoll *(Riehl*sche Melanose).

Marcell Pinard und *Jean Meyer*, Zum Protokoll. (Über einen Fall von Parapsoriasis, vorgestellt in der Februar-Sitzung 1927.) Der Fall hat sich als Ekzem herausgestellt. Nach Entziehung von Brot und Wein erfolgte Abheilung.

Marcel Pinard, Zum Protokoll (Mitteilung von *Lenormand*).

Hudelo und Rabut, Zum Protokoll (Syphilis II mit negativer Wa.R.).

Verff. konnten seit ihrer Mitteilung vom Jahre 1924 bei 41 Fällen von Syphilis II recidivans 10mal negativen Ausfall der Wa.R. oder der Reaktion nach *Hecht* bzw. *Vernes* finden.

Hudelo, Dumet, Cailliau und *Boissau*, Ein Fall von Urticaria pigmentosa mit Blasenbildung.

Es handelt sich um einen 7 Monate alten Knaben. Es fanden sich Blasen von Hirsekorn- bis Haselnußgröße.

Hudelo und *Rabut*, Pigmentierung der Mundschleimhaut.

Demonstration eines Falles und Erörterung der möglichen Beziehungen zu Syphilis, zum sympathischen und endokrinen System.

Digitized by Google

Hudelo, Montlaur und *Mornet*, Ein Fall von Aktinomykose des Halses.

Lortat-Jacob und *Legrain*, Ein Fall von Lupus pernio mit Drüsenerkrankung und Knochenveränderungen.

Die Erkrankung der 40jährigen Frau war von umschriebenen Drüsenvergrößerungen begleitet und einer Periostitis ossificans an den ersten Phalangen (im Gegensatz zu den Knochenaufhellungen, wie sie in der französischen Literatur von *Schaumann* beschrieben wurden).

Milian und *J. Delarure*, Morphaea atrophicans lepröser (?) Ätiologie.

Es handelte sich um einen 2:1,5 cm großen Flecken hinter dem Kieferwinkel und Ohrläppchen; er weist Elfenbeinfarbe und leichte Atrophie auf und besitzt einen hyperpigmentierten Rand. So gilt er als die von *Brocq* und *Civatte* beschriebene Übergangsform zwischen umschriebener Sklerodermie und Hautatrophie. Die 14jährige Patientin stammt aus der Bretagne, wo Lepra noch vorkommt. Außer Hypaesthesie im Bereich des Fleckens besteht leichte Atrophie des rechten Thenar und Steigerung der linksseitigen Beinreflexe. Die mikroskopische Untersuchung spricht nicht gegen Lepra. Der ätiologische Beweis fehlt.

P. Ravaut und *J. Vibert*, Ein Fall von Poroadenitis. Untersuchungen zum Nachweis des Schankers.

P. Ravaut und *J. Vibert*, Zwei Fälle follikulärer Keratosen (mit Schmieröldermatitis bzw. Melanose).

Zwei Fälle gewerblicher Schädigung.

E. François-Dainville und J. Lançon, Gleichzeitiges Vorkommen von Tabes und sekundären Hautsyphiliden bei negativen Seroreaktionen.

Der seltene Fall betraf einen 29jährigen Journalisten. Syphilitische Infektion 1918 in Marokko. Damals nur mit Pillen *(Ricord)* und Sirup *(Gibert)* behandelt. Im Juni 1926 Erkrankung an heftigen Kopfschmerzen. Trotz Wismutbehandlung wegen Tabes fand sich im Februar 1927 ein papulo-krustöses Syphilid.

Louste, Ducourtioux und *Lotte*, Lepra mixta an Haut und Nerven bei negativer Wa.R.

Die Wa.R. war unter spezifischer Behandlung negativ geworden.

Louste, Thibaut, Robert Cahen und *P. Vanbockstael*, Trockene Gangrän durch Arteriitis der Lumbalgegend. Ätiologische Bemerkungen.

Gangrän der Lumbalgegend bei 73jährigen Syphilitiker mit Hyperglykämie.

Louste, Thibaut, Robert Cahen und *P. Vanbockstael*, Chronische Prurigo mit Lokalisation im Gesicht bei 15jähr. Jungen.

Die ersten Erscheinungen zeigten sich vor 12 Jahren und führten allmählich zur Bildung eines großen lichenifizierten und pigmentierten Herdes.

E. Delmas, Versuch der Behandlung chronischer Ulzerationen mit radioaktiver Salbe.

Guter Erfolg in zwei Fällen (darunter bei varikösem Ulkus); Mißerfolg bei einem dritten Falle (Röntgen-Ulkus).

E. Delmas, Über einen Fall von gangränösem Zoster nach Balanitis mit konfluierenden Bläschen, der zu enormer schankerformen Ulzeration und Mutilation der Glans führte.

Krankengeschichte mit Photographie.

Digitized by Google

Gougerot, Georges Kuss und *Filliol,* Weißer fibröser narbiger Nävus mit angiomatösem Rande.

H. Gougerot, Über die präventive Malariabehandlung gegen nervöse Erscheinungen der Syphilis.

Bericht über einen Fall, in dem spontane Malaria die Entwicklung von Paralyse nicht ausschloß.

Diskussion: François-Dainville, Milian, Lévy-Franckel, Ravaut, Gougerot.

Lotte, Gleichzeitiges Vorkommen von Zoster und Varizellen.

Bericht über die Erkrankung eines 2jährigen Kindes, welche 11 Tage nach Injektion von Keuchhusten-Vakzine eintrat.

Ch. Laurentier, Über einen Fall von Neurodermitis in der Axilla (Fox-Fordyce).

Kasuistik mit Besprechung der Theorien von *Schiefferdecker* und *H. Fischer.* *Zurhelle* (Bonn).

Royal Society of Medicine, Section of Dermatology.

Sitzung vom 16. Juni 1927 unter *Sequeiras* Vorsitz.

The B. j. o. D. a. S. 1927, 11.

Weber: Frühes Anginoma serpiginosum auf einer Schulter. Gutentwickelte, sonst gesunde 24jährige Dame zeigt verschiedene, kaum erhabene, nicht juckende rote bzw. rotbraune Flecke, deren einige stecknadelspitzengroße Teleangiektasien aufweisen. Älterer Fleck von annähernd 2 Jahren, brauner und leicht glänzend. Pigmentation fehlt, was dieses Leiden vom Schamberg unterscheide. Schamberg treffe man außerdem nur bei Männern, unser Leiden aber fast nur bei Frauen. Wegen des nur langsam fortschreitenden Leidens käme höchstens Eingriff aus kosmetischen Gründen in Frage. Auch *Sequeira* hat gleiche Fälle ohne Erfolg behandelt.

Dowling: Acne agminata. Teilweise gehäufte stecknadelkopf- bis hirsekorngroße rotbraune Papeln über weite Gebiete des Gesichtes. Einzelläsion wie Lupusknötchen. Einzelne geheilt unter Hinterlassung von gelbbraunen vertieften Narben von opaleszentem Aussehen. Pirquet negativ. Sonst war Kranker gesund.

Dowling: Casus seborrhoideus rarus. Plötzlicher Ausbruch von Papeln und Knötchen verschiedener Größe über Gesicht und Hals bei sonst gesundem 38jährigem Manne. Bestand seit 8 Monaten. Jetzt Läsionen zu zusammenhängender Schicht zusammengeflossen. Gesicht bläulich. Farbe der Flecke rosagelb bis weiß. Keine Pustulation. Einzelläsion wie infizierte Schweißzyste vor Aufbruch, in Wirklichkeit aber fest. Besserung unter Röntgen und Schwefelanwendung. Wohl Acne agminata dem Pringleschen „rare seborrhoide" verwandt. Trotz lupoidem Aussehen der Knoten komme Tbc. nicht in Frage. *Sequeira* bemängelt die noch fehlende Gruppierung der verschiedenen Formen der Acne agminata. *Oliver* hat bei Impfung eines gleichen Lupoidknötchens auf Meerschweinchen negativen Erfolg gehabt. *Whitfield* weist darauf hin, daß solche Knötchen meistens auf Nase sich zeigten, und daß es sich um vergrößerte Talgdrüsen handele. Ihre Struktur sei fettig und protoplasmatisch, daher durchscheinend. Schnitte würden sicherlich

Digitized by Google

granulomatöses Infiltrat zeigen. Demnach lehnt er Beziehung des vorgestellten Falles zur Seborrhöe ab und sieht Tbc. als Ursache an, indessen sei Differenzierung zwischen knotigem Sarkoid und Tuberkel schwierig. *Dowling* denkt an so etwas wie follikuläre Tuberkulose vom Typ der Acne scrophulosorum. *Gray* hat diese Fälle lange für Sarkoidformen gehalten, da sie aber positiv auf Tuberkulin reagierten, käme das nicht in Frage, also kein Schaumann. *Schaumann* identifiziere Acne agminata mit dem Lupus follicularis nach Fox, unter gleiche Rubrik falle auch vorgestellter Fall. Oft sähe man Tbc.-Bazillen in Fällen von Acnitis oder Acne agminata, oft nicht. Die Tbc.-Frage harre hier noch der Lösung. *Dowling* weist im Schlußwort auf Knoten lupoiden Aussehens, auch mikroskopisch, hin bei Rosacea. Bei Serienschnitten würde sich da wohl Zusammenhang ergeben mit Haarbalgfollikeln.

Dowling: Fall zur Diagnose. Allgemeine fleckige Erythrodermie bei sonst gesundem 50jährigen Bahnbeamten. Teilweise Infiltrat der Haut. Dazwischen gesunde Hautinseln. Keine Schuppung noch Jucken. Mikroskopie ergibt dichtes Infiltrat der oberen Koriumgebiete. Infiltratzellen klein, rund oder spindelförmig, deren manche in vorgeschrittenen Fällen zu Riesenzellen zusammenfließen. Auf Grund der Histologie und des Versagens von Röntgen und des Fehlens von Jucken, fiele Mycosis fungoides fort, ebenso Parapsoriasis wegen des starken Hautinfiltrats, auch lymphoblastische Erythrodermie wegen angegebenen Blutbildes, da Lymphozyten nur 31%, später sogar nur 11% ausmachen.

Davies: Bowens Krankheit. Fall wird vorgestellt wegen Röntgenerfolges. Dazu Abbildung des befallenen Knies. Bestand bei 55jährigem Mann seit 20 Jahren. Jetzt großer gelblicher Fleck (12:10 cm) mit scharfem kreisförmigen Rand, der seinerseits wieder runde oder ovale domartige Papeln von etwa 1 cm Durchmesser zeigt. Diese Papeln teils einzeln, teils zusammengeflossen, warzig und bekrustet. Zentrum der ganzen Läsion trägt eitrige Granulationen. Bei Entfernen der Krusten Bluten. Keine Narbenbildung. Röntgen hat sehr genützt bislang und läßt völlige Heilung erwarten. Mikroskopie zeigt Para- und Hyperkeratose. Stratum lucidum und granulosum fehlen. Retikulärzellenschicht zu 25—50 Schichten vergrößert. Weitere Histologie genau angegeben.

Thomson: Leukodermafall. 21jährige Kranke bemerkte seit 11 Jahren zunehmende Leukoderma, die jetzt die ganze Hautoberfläche einnehmen. Seit kurzem an Unterschenkeln kleine braune Flecke von Nadelkopf- bis Dreipennygröße. Liegt hier abortiver Versuch zu einer Art Sommersprossenbildung vor? Oder handelt es sich um beginnende Genesung? Zugleich Graves Krankheit. *Sequeira* sah gleiche Krankheitskombination und möchte abwarten, ob bei Besserung von Grave auch Leukoderma daran teilhaben wird. *Weber* fällt auf, daß hier die Leukodermadepigmentierung das Pigment bei *Grave* unterjochte, was ungewöhnlich sei.

Thomson: Fall zur Diagnose. Lp. erythematodes? 29jährige Frau zeigt seit 1½ Jahren Flecke auf Brust und Rücken von Erbsen- bis Schillinggröße. Jeder Fleck scharf umschrieben, oval oder rund, von Rosafärbung mit Stich ins Gelbe. Einzelne Flecke im Zentrum tiefer rot, wie Erythema multiforme. Jeder Fleck trägt Schuppe, bei deren Entfernung Flüssigkeit. Manche Schuppe nimmt beim Abheben dreieckige Hautteile mit. Auf Kopf Flecke

Digitized by Google

mit kreidiger Oberfläche. Flecke im Gesicht vertieft beim Entfernen der Schuppe, worauf Vertiefung allmählich ausgeglichen wird.

Gray: Fall zur Diagnose. 44jähriger Mann trägt seit 2 Jahren in allmählicher Entwicklung jetzt an l. Hüfte ein ovales Gebiet (22:12 cm), das unvollständig von erhabenen Rändern umzäumt ist. Im Fleckzentrum leicht atrophische pigmentierte Stellen. Rand schwach rosabraun, leicht durchscheinend mit Erweiterung von Follikelöffnungen. Dazu Bild. Gleiche Läsionen noch anderwärts, deren eine tiefe Blase trägt. Daneben wenige leicht infiltrierte erythematöse Flecke in Nachbarschaft der eben genannten. Histologisch deutlich zelluläres Exsudat mit zahlreichen Plasma — besonders aber vielen Riesenzellen. Wa.R. negativ, also wohl kein Keloid auf seripiginösem Syphilid, wie anfangs angenommen, sondern eher persistierendes Erythem, vielleicht in Verbindung mit Granuloma annulare nach Crockers „Erythema elevatum diutinum". *Dore* glaubt an Mycosis fungoides wegen Fortschreitens der Flecke am Rande unter Hinterlassung von Narben und Jucken. *Mac Leod* entscheidet sich wieder für Granuloma annulare, wenn auch dieses keine Riesenzellen zeige, wie vorgestellter Fall, sondern nur Plasmazellen im dichten granulomatösen Infiltrat. *Sequeira* spricht sich wieder gegen Granuloma annulare aus, da die Größe der Flecke und die verdickten Ränder dem widersprächen. *Gray* erwidert, daß er den Gedanken an eine Verwandtschaft zwischen Erythema multiforme und Granuloma annulare mit dazugehörigen Zwischenstufen nicht los werde, und gerade der vorgestellte Fall repräsentiere eine Mittelgruppe. Gemäß Postcriptum hat *Jadassohn* inzwischen den Kasus als Sarkoid vom Darier-Roussytyp diagnostiziert.

Siegfried (Aachen).

Periodische Literatur.

Zusammengestellt von Dr. *Arthur Alexander* in Charlottenburg.

Dermatologie.

Allgemeine Symptomatik. Kasuistik.

Lenormant, Ch. und *P. Ravaut:* **Die artefiziellen Tumoren durch subkutane Injektion von Mineralölen.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 11. 1926.

Eingehende klinische und histologische Darstellung der Paraffinome, Oleome usw. mit klinischen und histologischen Abbildungen fibröser, entzündlicher und tuberkuloider Formen (mit epitheloiden und Riesenzellen neben Lymphozyten). Bemerkungen zur Therapie (Exzision bis auf die Aponeurose). Ausführliches Literaturverzeichnis. *Zurhelle*-Bonn.

G. A. Fischer (München): **Recklinghausensche Krankheit und Muttermäler.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 3. 1927.

Siemens war bei seinen Untersuchungen über dieses Krankheitsbild aufgefallen, daß die allgemein verbreitete Annahme einer häufigen Kombination der Recklinghausenschen Krankheit mit pigmentierten Mälern, Tierfellnävi und Angiomen noch keineswegs bewiesen sei, vielmehr konnte er feststellen, daß die bei solchen Kranken vorhandenen Nävi meist keine

Digitized by Google

echten Nävi im eigentlichen Sinne sind. Verf. hat nun an 466 Literaturfällen den Gegenstand eingehend untersucht und dabei konnte festgestellt werden, daß mit Sicherheit kein einziger Naevus pigmentosus, pilosus oder verrucosus von der Art, wie er bei normalen Menschen vorkommt, bei der Recklinghausenschen Krankheit gefunden wurde, dagegen nur einer, der einen sicheren Naevus vasculosus aufwies. Die Anschauung des gehäuften Auftretens von Muttermälern bei Recklinghausenscher Krankheit besteht also zu Unrecht. *Krüger*-Sagan.

Armuzzi Giuseppe: **Beitrag zur Kenntnis der blauen Naevi.** Giorn. ital di Dermatol. 1927. H. 3. S. 1021.

Armuzzi berichtet aus der Bonner Universitätsklinik über sechs Fälle die klinisch als blaue Naevi diagnostiziert wurden, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Histologie. Nur der erste Fall entsprach dem vom *Tièche* beschriebenen typischen Bilde des „Chromatophoroms"; bei drei Fällen fand sich eine Mischung von Chromatophorenzellen vom Typus *Tièche* mit Naevuszellen vom Typus des Naevus mollis; bei einem Falle bestand der Tumor allein aus Gruppen von Naevuszellen, von denen einige pigmentiert waren; beim sechsten Falle handelte es sich um eine kleines benignes pigmentiertes Epitheliom (Melanoma benignum), bei dem das Pigment hauptsächlich sich in den in das Korium einsenkenden Epithelzügen, in den Bindegewebszellen und in den in den mittleren Schichten der Kutis gelegenen Zellanhäufungen befand. Das klinische Aussehen entspricht also nicht einem konstanten histologischen Befund, sondern ist immer verursacht durch die Anwesenheit von in den mittleren und tiefen Schichten der Kutis angehäuften und von der Epidermis durch eine wenig oder garnicht pigmentierte Zone, welche als opakes Medium dient, getrennten Melanoms. Zwischen den Chromatophorenzellen und den Naevuszellen findet man bei den Mischtumoren keine Entwicklungsphasen oder metaplastischen Formen, welche für phylogenetische Zusammenhänge sprechen.

Die Berücksichtigung unserer heutigen Auffassung über die Genese des Hautpigmentes, besonders soweit sie auf die Chromatophorenzellen des blauen Naevus Bezug hat, ergibt, daß die Dopareaktion sich allein als nicht genügend erweist, um diese Zellen als dem Mesoderm eigene Zellen anzusehen, wie *Bloch* will, denn bei zwei Fällen verlief die Reaktion nicht entscheidend positiv, eher paradox, indem die pigmentierten älteren zelligen Elemente, deren Leib schon Zerstörungserscheinungen aufwies, intensiver reagierten. Die Reaktion mit Silbernitrat verhielt sich fast ebenso wie die Dopareaktion.

Es kann kein Zweifel darüber bestehen, daß diese Chromatophorenzellen autochthon das Pigment bilden, welches sie enthalten und daß sie daher als Melanoblasten der Haut zu bezeichnen sind. Die Frage bleibt noch unentschieden, ob diese Zellen, wie die, welche die Mongolenflecke bilden, phylogenetisch und funktionell eine besondere Gruppe der Mesodermzellen bilden, aber es scheint, als ob die bisher vorgebrachten Gründe es nicht ausschließen, daß es sich um von den gewöhnlichen Hautchromatophoren sehr verschiedene Elemente handelt.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Digitized by Google

Bertrand, F.: **Ausgedehnter einseitiger Gefäßnaevus mit Skoliose.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 10. 1926.

Es wird ein Fall beschrieben, in dem neben ausgedehntem oberflächlichen halbseitigen Gefäßnaevus Skoliose vorlag. Wenn auch diese Skoliose für statisch bedingt gehalten wird, fordert *B.* in Übereinstimmung mit *Darier*, bei allen großen systematisierten Naevis die Wirbelsäule zu röntgen.
E. Zurhelle-Bonn.

A. Jordan und *N. Latko* (Moskau): **Ein Beitrag zu den strichförmigen Dermatosen.** Derm. Woch. Bd. 83. Nr. 50. 1926.

Es werden drei Fälle beschrieben, bei denen es sich im ersten Fall um eine Poikilodermia atrophicans vasculosa, im zweiten um eine Tuberculosis cutis, im dritten wahrscheinlich um eine Psoriasis handelt. Diese Fälle lehren, daß auch andere Dermatosen als Nävi und Lichen strichförmige Anordnung zeigen können. Die Ätiologie bleibt meist unklar, ist aber wohl in einer von Geburt an vorbereiteten Keimblattstörung, die im späteren Leben zum Ausbruch kommt, zu suchen. *Krüger*-Sagan.

G. Doczy (Debreczen): **Fibroma circumscriptum symmetricum multiplex.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 8. 1927.

Seit längerer Zeit bestanden bei einer Pat. von der hinteren Kommissur ausgehend, zu beiden Seiten der Analöffnung teilweise in Reihen angeordnet, teils unregelmäßig verstreut stecknadelkopf- bis erbsengroße, halbkugelig erhabene, elastisch weiche solitäre Geschwülstchen, unter welchen die größeren an der Basis gestielt sind. Histologisch fanden sich ausgedehnte perivaskuläre Infiltrationen nicht bloß im Papillarkörper, sondern auch in der ganzen Kutis. Die Gefäße sind in ein Gewebe aus Lymphozyten und Plasmazellen bestehend eingebettet. *Krüger*-Sagan.

Brandis: **Verletzung der weiblichen Brust. Geschwulstbildung Unfallfolge? Minderung der Erwerbsfähigkeit.** M. K. 1927, 20.

24jährige Kontoristin war von Arbeiter mit Rohrende gegen Brust gestoßen worden. Ohne daß Blutung sich zeigte, will sie aber noch längere Zeit Schmerzen gehabt, auch grüne und blaue Verfärbung bemerkt haben. Arbeit aber wurde fortgesetzt. 14 Tage später Knoten ärztlich in Brust erwiesen. Drei Monate später fand anderer Arzt gelegentlich einer Magendurchstrahlung wegen angeblicher Appetitlosigkeit zufällig Brustknoten. Operation einen Monat später mit Absetzen der einen Brustdrüse ergab gutartige Geschwulst. Ersatzansprüche wegen Herabsetzung der Arbeitsleistung und wegen Entstellung wurden abgewiesen. Bei der Größe der Geschwulst, als sie vier Monate nach Unfall entdeckt wurde, ist anzunehmen, daß sie schon vor Unfall bestand. Von rapidem Wachstum nach Unfall kann auch keine Rede sein, da der Röntgenarzt sie nach Monaten nur zufällig fand. Eine wachstumsbeschleunigende Blutung in die Geschwulst wurde auch verneint, da die Quetschung zu geringfügig gewesen sei und nicht zur Arbeitseinstellung führte. Art der Geschwulst ist nicht angegeben. *Siegfried*-Aachen.

W. Schütze (Greifswald): **Über körnerartige Kalkablagerungen in der Haut.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 3. 1927.

Bei einer 23jährigen Pat. waren seit längerer Zeit die Finger nach

Digitized by Google

längerem Aufenthalt in kaltem Wasser völlig abgestorben und gefühllos. Später brachen die Fingerspitzen auf und es entleerten sich Eiter und körnige, bröcklige Massen. Seit der Zeit war sie dauernd in Behandlung wegen „Panaritien". Sie heilten dann mal ab und es bildeten sich besonders an den Daumen stärkere Verdickungen, die manchmal schmerzlos waren, aber häufiger schmerzten und dann wieder aufbrachen. Aus den entstandenen Fisteln kamen bröcklige Masse und sogar kleine Steinchen. Die Röntgenaufnahme ergab an beiden Daumen und einer großen Zehe zahlreiche Kalkablagerungen. In den herausgekratzten Massen ließen sich Kalzium und Phosphorsäure nachweisen. Der Blutkalziumspiegel war nicht erhöht. Die ganze Krankheit wird für Kalkgicht angesehen. Therapeutisch ist dagegen nicht viel zu machen, da es sich wahrscheinlich um eine angeborene Stoffwechselstörung handelt. *Krüger*-Sagan.

W. Scholtz (Königsberg): **Über Kalkablagerung in der Haut.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 13. 1927.

Es wird noch ein zweiter Fall beschrieben. Es handelt sich bei diesem um große plattenförmige Kalkablagerungen in dem Gewebe der Ohren, an denen es auch zu einer Ausstoßung von kalkartigen Konkrementen kam. Röntgenologisch konnte eine starke Schattenbildung an diesen Stellen festgestellt werden und die chemische Untersuchung ergab, daß die Platten aus phosphorsaurem Kalk bestanden. Der Kalkstoffwechsel zeigte keine abnormen Werte. Die Kranke gab an, im Winter häufig in den Ohren Frost gehabt zu haben. Diese Schädigung des Gewebes und der Gefäße durch die Kälte dürfte ein wesentliches Moment für das Zustandekommen der Kalkablagerungen bilden. *Krüger*-Sagan.

Lloyd: **An Endothelioma in an infant. (Epitheliom bei einem Kinde).** The Br. j. o. D. a. S. 1927, 7.

15 Monate alter Knabe soll seit Geburt kleinen, weißen, harten Flecken links in Supraklavikulargegend gehabt haben, der anfänglich langsam, seit letzten Monaten aber rapide gewachsen sein soll. Jetzt harte, erhabene, konische Masse etwa 3½ cm im Durchmesser mit Kruste bedeckt. Umgebung wie Naevus. Masse frei verschieblich. In linker Achselhöhle palpable Drüse. Sektion nach Exzision zeigt Zellstruktur malignen Charakters. Ob aber Endothel- oder nicht verhornte Epithelzellen nicht eruierbar. Auffallend sind in den Zellenaggregaten vakuolisierte Zellen mit randständigem zusammengedrückten Kern, was für endothelialen Ursprung zu sprechen scheint. Ausgeräumte Axillardrüse zeigte Metastasen wie Primärtumor. Fall interessant vornehmlich wegen der Schwierigkeit zu einem klaren Urteil zu kommen, da auch prominente Fachleute sich widersprechen (*Murray-Whielfield*). Prognose noch ungewiß. Dazu drei Schnitte. *Siegfried*-Aachen.

Schulte: **Über ein tiefgelegenes Lipom des Vorderarmes.** M. K. 1927, 18.

Kasuistik. 67jähriger Mann bemerkt seit einem Jahr Dickerwerden des linken Unterarms. Schwellung diffus, schlaff sich anfühlend bei erschlaffter Muskulatur, ohne Fluktuation. Durchleuchtung ohne Resultat. Differentialdiagnostisch Tbc., Lues und Sarkom. Seitliche Röntgenaufnahme aber zeigt Aufhellung der Geschwulst. Operation zeigt sub-resp. intermuskuläres Lipom von schniger Platte des Flex. digit. prof. ausgehend. *Siegfried*-Aachen.

Digitized by Google

Montemartini, G.: **Ein Fall von Pseudo-Botryomykose an seltenem Sitze.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 1. S. 58.

Den bisher beschriebenen drei Fällen von Pseudo-Botryomykose der Zunge (Fälle von *Cunéo* und *Delamare*, *Pais*, *Segrè*) reiht *Montemartini* eine vierte Beobachtung an. Bei der 16jährigen Patientin hatte sich im Laufe von zwei Monaten auf der Oberseite der Zunge ein haselnußgroßer Tumor von rötlich-grauer Farbe, uniformer Oberfläche, bedeckt von einem gelblichen Exsudat, entwickelt. Der Tumor haftet mit einem dünnen Stiel an der Zunge. Der Tumor weist klinisch die Charaktere der benignen Tumoren auf; er führt nicht zu Metastasen und rezidiviert bei vollständiger Exstirpation nicht. Die Eigenschaften der Tumoren entsprechen denen der teleangiektatischen Fibrome, die auf den Schleimhäuten unter verschiedenen Bedingungen ulzerieren können. Da eine entzündliche Genese nicht vorhanden ist, ist ein Granulom auszuschließen und eine mesenchymale benigne Neubildung anzunehmen; auf dieser kommt es häufig durch Wirkung oberflächlicher Keime zu Veränderungen verschiedener Art.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Masia, A.: **Granuloma vegetans pseudo-tuberculare der linken Submandibulargegend, verursacht durch Staphylokokken.** Giorn. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 878.

Bei dem 64jährigen Patienten *Masias* trat vor mehreren Jahren eine tumorartige Schwellung der linken Submandibulargegend auf, die unter Größenzunahme den jetzigen Befund erreichte: Mandelgroßer Tumor von rotblauer Farbe, zum Teil von einer verdünnten Haut, zum Teil von Blutkrüstchen bedeckt, nach deren Abnahme, Blut und Eiter sezernierende Öffnungen sichtbar werden. Der Tumor ist nicht gestielt und deutlich gegen die umliegende Haut abgegrenzt; das Gewebe ist von weicher Beschaffenheit und blutet leicht. In der Nähe zwei Lymphdrüsenschwellungen. Die Hauterkrankung heilte erst nach systematischen Salizylsäure- und Kaliumchloratum-Umschlägen ab.

Durch eingehende Untersuchungen konnten Pilzerkrankungen, Lues und Tuberkulose ausgeschlossen werden. Es wurde die Diagnose auf ein Granuloma vegetans, verursacht durch den Staphylokokkus pyogenes aureus, gestellt; es gelang aus dem Krankheitsherde, Staphylokokken zu züchten.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

E. Hartmann (Frankfurt a. M.): **Kasuistischer Beitrag zum Granuloma teleangi ectodes sive pediculatum.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 17. 1927.

Es werden vier Fälle beschrieben, bei denen die Tumoren verschieden lokalisiert waren. Allen gemeinsam ist das Symptom des verhältnismäßig schnellen Wachstums und die Neigung des Tumors bei leiser Berührung oder Verletzung sehr intensiv zu bluten. Histologisch bestanden die Tumoren in der Hauptsache aus stark erweiterten und strotzend mit Blut gefüllten Kapillaren. Nur im Zentrum findet sich ein äußerst spärliches Bindegewebe. In einem Falle stieß sich der Tumor unter Verbänden spontan ab, was bisher noch nicht beobachtet worden war.

Krüger-Sagan.

H. Fuhs (Wien): **Über Dermatochalasis.** Wien. klin. Woch. Nr. 46. 1926.

Darunter ist eine Affektion zu verstehen, bei der es durch anormale Ausdehnung und Lockerung zur Faltenbildung der Haut an einzelnen

Digitized by Google

Körperteilen kommt. Es wird ein einschlägiger Fall beschrieben. Bei einem 16jährigen Mädchen war vor fünf Jahren eine Hautaffektion, die das Gesicht und die oberen Brustpartien befiel, aufgetreten und die damals für eine Urticaria angesehen worden war. Allmählich entwickelte sich dann der jetzige Zustand. Dieser kommt dadurch zustande, daß vornehmlich an den seitlichen und unteren Partien der Wangen und des angrenzenden Halses, die Haut in ausgeprägten Wülsten und lockeren Falten herabhängt. Ebensolche Veränderungen bestehen an der Haut der Oberlider. Das Gesicht bekommt dadurch ein greisenhaftes Aussehen. Da eine Biopsie nicht vorgenommen werden konnte, läßt sich nicht feststellen, ob die Erkrankung durch Veränderung an der Elastika oder dem Kollagen bedingt ist. *Krüger*-Sagan.

Kroll, N.: **Zur Pathogenese der Kutis laxa.** Venerologia und Dermatologia. 1927. Nr. 3.

Beschreibung eines Falles von Kutis laxa beider Arten, welche sich gleichzeitig mit vasomotorischen Störungen bei einem, bis dahin ganz gesunden 34jährigen Mann, im Anschluß an eine akute, infektiöse, generalisierte „Athetose double" entwickelte. Da beide Erscheinungen gleichzeitig zu- und abnahmen, nimmt Verf. als gemeinsame Ursache beider Störungen der höheren, in Corpus striatum gelegenen vegetativen Zentren an. *A. Jordan.*

Bussalai, L.: **Ein Fall von Xanthoma diabeticum.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 396.

Der von *Bussalai* vorgestellte Fall bietet insofern ein klinisches Interesse, daß die Handteller stark befallen waren, eine im allgemeinen sehr seltene Lokalisation, und dadurch, daß das Insulin auf die Hauttumoren ohne Einfluß blieb, daß diese sich sogar besonders unter der Insulinbehandlung entwickelten.

Histologisch gab der Fall dem Vorstellenden Gelegenheit, die neue Methode von *Schultz* zur Färbung des Cholesterins im Gewebe anzuwenden, die ihm sehr gute Resultate ergab. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Ingram: **Xanthomatosis cutis and Hypercholesterolaemia.** The B. j. o. D. a. S. 1927, 8—9.

Zu den bislang veröffentlichten 58 Fällen über Zusammenhang dieser beiden Zustände gibt Verf. hier einen neuen mit genauer Klinik, Heilversuchen und Mikroskopie der Xanthome. Anscheinend ist im beschriebenen Fall die Hypercholesterolämie das Primäre, die Xanthome das Sekundäre. Der Blutgehalt an Cholesterol bei dem in Frage kommenden 11jährigen Mädchen ist 430 mg auf 100 ccm Blut (normal: 190—310). Keine Lipämie, Blutzucker normal. Die Tumoren sind in fibröses Gewebe eingebettet und bestehen aus ungewöhnlich großen ein- und mehrkernigen Zellen, deren Protoplasma granuliert erscheint. Es handelt sich um die oft beschriebenen klassischen Schaumzellen. In der Zellmasse außer Kapillaren eine Schweißdrüse, was interessant, da Cholesterol ja durch Schweiß ausgeschieden wird. Da bei der mit Diabetes mell. vergesellschafteten Xanthomatose Insulin von guter Wirkung gewesen sein soll, wiederholte Verf. Insulinbehandlung auch in diesem nicht diabetischen Fall, sah aber keine Beziehung der Cholesterol- und Fettsäurekurve des Blutes zur Insulinmedikation. Auf die Tumoren hatte Radium keinen Effekt. Als prädi-

Digitized by Google

sponierendes Moment der Lage von Xanthomen wird Trauma und vaskuläre Inanspruchnahme angenommen. Leber, Pankreas und Nieren waren normal. Dazu 31 Literaturen und 4 Kurven. *Siegfried*-Aachen.

Adolf Panzel: **Essentielle Hypercholesterinämie mit Xanthomatose der Haut und familärer Cholelithiasis.** Münch. med. Woch. Nr. 50. 1926.

Bei einer seit der Pubertät an familärer Cholelithiasis leidenden Frau findet sich eine Xanthomatose der Haut (an den Augenlidern, Fingern und an der rechten Kniescheibe). Der Cholesterinspiegel im Blutserum, sowie der Cholesteringehalt der Blasengalle und der Cholesteringehalt in den Konkrementen der exzidierten Gallenblase waren stark erhöht.

Weinstock-Charlottenburg.

Inglis: **A case of Epithelioma adenoides cysticum (Brooke). (Ein Fall von E. a. c.)** The B. j. o. D. a. S. 1927, 5.

Kurze Kasuistik mit Gesichtsabbildung und drei mikroskopischen Diagrammen. Mikroskopie: Tumor von unregelmäßigen Massen basaler Epithelialzellen meistens unter Epidermis, mitunter auch mit ihr oder Haarbalgfollikeln verbunden. Manche der Tumormassen kompakt, andere gefenstert. In vielen der Tumornester liegen Keratinanhäufungen wie Epitheliomperlen mit konzentrischer Blätterung, andere Nester umschließen Hyalinmassen mit randständigen blätterigen Keratinperlen. Hyalin und Keratin entsprechen wahrscheinlich den beiden Komponenten der Haarbalgdrüse, nämlich der Drüse als solcher und dem Haarfollikel. Es handelt sich also um einen unzulänglichen Versuch neues Haarbalgdrüsengewebe zu produzieren. Zu einem exzessiven Wachsen der kleinen Tumoren kommt es nicht wohl infolge lebhafter Phagozytose der bei einer bestimmten Größe der Tumoren auftauchenden Riesenzellen, die das Bindegewebe zwischen den Tumormassen einnehmen. Dazu 2 Literaturen

Siegfried-Aachen.

Maschkilleison: **Zur Frage der Epithelioma adenoides cysticum Brooke.** Venerologia und Dermatologia. 1927. Nr. 6.

Genaue Beschreibung dieser seltenen Krankheit an der Hand eines eigenen Falles, bei den sich die derben kaum in der Farbe von der umgebenden Haut unterscheidenden, etwa linsengroßen Knötchen hauptsächlich im Gesicht fanden. Auch das histologische Bild entsprach der *Brooke*schen Beschreibung durch die Zysten inmitten der Epithelansammlungen. Vielfach war ein Zusammenhang der Geschwulstelemente mit denjenigen der Haarbälge festzustellen. Da Verf. die Krankheit, gleich *Kyrle*, zu den Organnaevi zählt, schlägt er als bessere Bezeichnung für diese Krankheit den Namen Naevus trichoepitheliomatodes adenoides cysticus vor.

A. Jordan.

H. Mühlpfordt (Allenstein): **Gleichzeitiges Vorkommen von spitzen Kondylomen und Warzen im Gesicht nebst Keloidbildung.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 14. 1927.

Bei einer Pat. bestanden seit längerer Zeit im Gesicht an der rechten Backe mehrere spitzkegelförmige, verästelte blaßrote Geschwülstchen und in deren Umgebung zahlreiche wenig erhabene, weißgelbliche Geschwülstchen. An der linken Halsseite außerdem noch ein 4 cm langer Naevus pigmentosus verrucosus. Am linken Daumen besteht eine Verruca vulgaris.

Digitized by Google

Die Bildungen im Gesicht wurden mit Kaltkaustik entfernt und innerlich wird Arsen verabfolgt. Kurze Zeit darauf erneute Aussaat von Wärzchen und Kondylomen im Gesicht, die wiederum mit Kaltkaustik entfernt werden. Während normalerweise die Narben nach Kaltkaustik glatt und zart sind, treten in diesem Falle keloidartige Wucherungen an denselben auf. Das gleichzeitige Vorkommen von Kondylomen und Warzen an denselben Stellen bei demselben Individuum ist nicht weiter verwunderlich, da beide nach neueren Untersuchungen durch dasselbe filtrierbare Virus hervorgerufen werden. *Krüger*-Sagan.

M. Hodara und *H. Behdjet* (Konstantinopel): **Juckende, durch Getreide hervorgerufene Dermatosen im Orient.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 9. 1927.

Es werden drei Fälle beschrieben, bei denen es infolge Berührung mit Gerste, an der Lausmilben und Glykophagus waren, zu ödematösen Schwellungen, urticariellen Eruptionen und in einem Falle sogar zu einer allgemeinen Erythrodermie mit Temperatursteigerungen gekommen war. Subjektiv bestand starkes Brennen, Hitzegefühl und Juckreiz. Therapeutisch haben sich Salzbäder bewährt. Eine antiskabiöse Behandlung ist nicht erforderlich, weil es bisher niemals beobachtet worden ist, daß die Milben irgendwie in die Haut eingedrungen sind. Nach 3—7 Tagen sind meist die Erscheinungen völlig abgeklungen *Krüger*-Sagan.

F. Dahlmann (Ludwigshafen): **Ein Fall von Pseudo-Creeping Disease.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 9. 1927.

Bei einer 28jährigen Pat. bestehen seit etwa drei Jahren an der Innenseite des linken Oberschenkels dicht unterhalb der Schenkelbeuge mehrere fast parallel verlaufende das Hautniveau wenig überragende weißliche Linien, die sich am Ende verzweigen und teilweise einen Kreis bilden. An einer Stelle besteht eine stecknadelkopfgroße Fistelöffnung, aus der reichlich wasserklare Flüssigkeit abgesondert wird. Dieses Nässen veranlaßte hauptsächlich die Pat. den Arzt aufzusuchen. Eine Entzündung und ein Fortschreiten der Linie war nicht zu beobachten, ebenfalls war die Suche nach einem Parasiten vergeblich. Histologisch konnte unter der Epidermis ein Gang nachgewiesen werden, der nur geringe Infiltration in der Umgebung aufweist. Irgendwelche Veränderungen an den Lymphgefäßen waren nicht nachzuweisen. Daher wurden in der Differentialdiagnose Lymphome und Lymphangiome ausgeschaltet und trotz Fehlens des Erregers wird als Ursache des Krankheitsbildes das Wühlen eines Parasiten angenommen, der auf dem Wege ein Lymphgefäß getroffen hat und damit eine Kommunikation mit den Hautgängen geschaffen hat.
Krüger-Sagan.

F. Fulleborn-Hamburg: **Hautquaddeln und ‚Autoinfektion' bei Strongyloidesträgern.** Archiv f. Schiffs- und Tropenhygiene. 1926. Bd. 30.

Das Eindringen vereinzelter Strongyloidenlarven in die Menschenhaut veranlaßt außer schnell vorübergehendem Jucken nur minimale und sehr bald schwindende Hauterscheinungen. Das Einbohren gelingt eben nur einem Teil der Larven, an Stellen mit zarter Haut leichter als an solchen mit derberer, auf jugendlicher eher als auf älterer Haut. Bei einer Versuchsperson, die schon seit vielen Jahren Strongyloidesträger ist, kam es an der Eintrittsstelle von Larven unter stärkstem Juckreiz

Digitized by Google

zur Bildung großer urtikariaähnlicher Quaddeln, die innerhalb weniger Stunden als langgestreckte ‚Quaddelwülste' große Strecken auf der Haut fortschreiten konnten und offenbar durch innerhalb der Haut weiterkriechende Larven verursacht werden. Allmählich schwoll die ganze Vorderseite der Hand an und die durch heftiges Jucken sehr lästigen Beschwerden hielten eine Woche lang an. Bei fast allen vom Verf. beobachteten Strongyloidesträgern traten in der Aftergegend gelegentlich große juckende Urtikariaquaddeln auf: Lokale Überempfindlichkeit daselbst durch in die Haut eingedrungener Larven. Bei Impfungen mit einem Antigen aus gepulverten Strongyloideslarven reagierte die Unterarmhaut sämtlicher Strongyloidesträger mit Quaddelbildung. *Arthur Alexander*-Berlin.

F. Fulleborn-Hamburg: **Spezifische Kutanreaktion bei Infektion mit Strongyloides und anderen Helminthen.** Archiv f. Schiffs- und Tropenhygiene. Bd. 30. 1926.

Die Impfung mit einem aus pulverisierten filariformen Larven von Strongyloides stereoralis hergestellten Antigen erwies sich als ein recht brauchbares und bequemes Diagnosticum bei Strongyloides-Infektion. Die auf Strongyloidesantigen reagierende Haut scheint gleichzeitig auch gegen Trichinenantigen empfindlich zu sein. Beim Vorhandensein von ‚allgemeiner Haut-Allergie' (d. h. bei positiver Reaktion auf intrakutane Impfung mit Extrakt aus menschlichen Kopfhautschuppen nach *Storm van Leeuwen*, ist aber vielleicht auch bei nicht mit Strongyloides infizierten Personen die Hautreaktion auf Strongyloidesantigen positiv. Es gelang nicht, durch Impfung mit pulverisierter Körpersubstanz aus Filaria loa bei einem zu ‚Calabarschwellungen' disponierten Patienten, solche Hautschwellung anszulösen, obschon sie offenbar eine Reaktion des Wirtskörpers auf Loa-Antogene sind. Eine erhebliche praktische Bedeutung kommt von den spezifischen Unterreaktionen als Diagnosticum für Helminthenaffektionen einstweilen nur der „Caloni-Reaktion" für den Echinokokkennachweis zu. *Arthur Alexander*-Berlin.

Kristjan J. Austmann: **Creeping Eruption. (Larva migrans.) Winnipeg.** Journ. Am. med. Ass. 1926. Nr. 15.

Verf. beschreibt kurz einen Fall von Creeping Eruption aus dem Staate Manitoba. Linienartige Ausdehnung am Vorderarm des betreffenden Patienten. Tägliches Wachstum der strichartigen Gebilde um ca. 1,5 cm Als Erreger wurde in diesem Falle die Larve von Gastrophilus intestinalis festgestellt. Es folgt Besprechung der bisher bei dieser Erkrankung angetroffenen Erreger und Therapievorschläge. Zwecks Auffindung der Erreger wird die *Lombard*sche Ölmethode (Aufhellung der Haut durch Ölpinselung) empfohlen. *Röntz*-Bonn.

E. Cazenave: **Creeping disease.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 3. 1927.

Verf. weist darauf hin, daß die Bezeichnung „Creeping disease" der von *R. Lee* im Jahre 1874 abgegrenzten Erkrankung durch die Gastrophilus-Larve vorbehalten bleiben muß, die in Europa und Afrika vorkommt. Eine in Japan beschriebene Erkrankung, wo die Hautfurche zuweilen verzweigt sein kann, spricht dafür, daß der Parasit auch rückwärts seinen eigenen Weg zurückverfolgt; sie wird durch eine 1 cm lange rötliche Nematode hervorgerufen. Beobachtungen in Florida, wo häufig bei einem Kranken sehr zahlreiche verschiedene Läsionen vorkommen,

Digitized by Google

wird durch eine bisher nur in Serienschnitten gefundene Nematode (Agamonematodum migrans) hervorgerufen. *Zurhelle*-Bonn.

Marzocchi: **Eine kleine Familienepidemie durch Pediculoides ventricosus.** Sez. piemontese d. soc. ital. di Dermatol. 8. III. 1927. Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 884.

Vier Mitglieder ein und derselben Familie erkrankten nach Hantieren mit einem Sack türkischen Weizens, in welchem der Verfasser reichlich den Pedikuloides ventrikosus nachweisen konnte, an der für diesen Erreger typischen Hauterkrankung. Da der Erreger sich in einer Reihe verschiedener Getreide findet, müßte man nach *Piccardi* von einer Akariasis durch Zerealien sprechen. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Freund: **Weitere Unterschiede zwischen Kopf- und Kleiderlaus.** M. K. 1927, 16.

Die feineren Differenzen anatomischer Art sind wegen ihrer Kompliziertheit an Hand der beiden Abbildungen im Original nachzustudieren.
Siegfried-Aachen.

Korobitzin: **Die Rattenbißkrankheit.** Wratschebnaja Gaseta. 1927 Nr. 7. (Russisch.)

Das vom Verf. in Sewastopol beobachtete Kind mit Rattenbißkrankheit erkrankte drei Wochen nach dem Biß mit Entwicklung eines Bläschens am Ort der Verletzung, Infiltration, Schwellung, Affektion der Lymphdrüsen, Temperatursteigerungen, welche einige Stunden bis zu zwei Tagen anhielten, darauf verschwanden und sich wiederholten, Erythemen usw. Der Erreger wurde nicht im Blute gefunden, wodurch aber nach Verf., bei dem charakteristischen Verlauf der Krankheit, die Diagnose nicht erschüttert wird. *A. Jordan.*

Fapelson: **Die Verbreitung der Krätze im Gouvernement Smolensk und ihre Bekämpfung.** Venerologia und Dermatologia. 1927. Nr. 7.

Verf. versuchte durch eine Umfrage bei den Bezirksärzten des Gouvernements sich Gewißheit über die Verbreitung der Krätze zu verschaffen. Obgleich nur ein Teil der Ärzte antwortete, erwies es sich doch, daß die Krätze immer noch sehr stark verbreitet ist, aber in den verschiedenen Bezirken zwischen 20 und 100 % schwankt. Komplikationen mit Ekzem, Pyodermie und Furunkulose kamen in 2—60 % vor. Am häufigsten werden die ersten zwei Jahrzehnte betroffen, denn es gehörten 56,5 % im Jahre 1924 und 64,5 % im Jahre 1925 unter den Krätzekranken diesen Jahrgängen an. Die meisten Erkrankungen fallen auf den Herbst und Winter und speziell den Oktober und November. Als Hauptgrund für die starke Verbreitung der Krätze ist die niedrige Kultur der Bauern anzusehen, welche, wie einer der antwortenden Ärzte schreibt, sich an die Krätze ebenso gewöhnt hat, wie „an Tarakanen und Wanzen". Außerdem spielt aber auch der Mangel an Medikamenten eine große Rolle. Die Bekämpfung der Krätze muß also an diesen beiden Punkten ansetzen. *A. Jordan.*

Bonaduce, F.: **Seltene Symptomatologie durch den Acarus scabiei.** Sez. pugliese d. soc. ital. d. Dermatol. 10. II. 1927. Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 887.

Fall von erythemato-squamöser und papulöser Dermatose durch Acarus vom Typus Sarcoptes major. Befallen sind Gesicht, die Supraspinal-,

Digitized by Google

die Glutaealgegend, der äußere Rand des Fußes. Reichliche Acari auf den Schuppen; auf einer Schuppe allein konnte der Verfasser 12 Acari und 15 Larven zählen; keine Acarusgänge, keine Eiterbildung.

Histologisch fand sich neben den Veränderungen an der Epidermis (Hyperkeratose, Parakeratose, stellenweise Spongiose, Hypertrophie des Stratum granulosum, Akanthose) ein moduläres ausschließlich aus Lymphozyten und Plasmazellen bestehendes Kutisinfiltrat; polynukläre Leukozyten und regressive Veränderungen nicht vorhanden; dieselben histologischen Befunde wurden bei Patienten erhoben, auf die er die Scabies vom vorliegenden Falle übertrug. *B.* nimmt an, daß die Milbe als Fremdkörper, vielleicht auch durch von den Speicheldrüsen abgesonderte toxische Substanzen, ein tiefes noduläres Infiltrat vom lymphozytären Typus veranlassen kann, welches man als Granuloma acaricum bezeichnen könnte.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Meschtschersky: **Unerkannte Skabies.** Journal zur Vervollkommnung der Ärzte. 1927. Nr. 6. (Russisch.)

In Anbetracht der gelegentlichen diagnostischen Fehler inbezug auf die Krätze von seiten der Nichtspezialisten geht Verf. alle die für Skabies sprechenden Symptome genau durch und betont, welcher Art und wie die Abweichungen vom gewöhnlichen Bilde sein können. (Geringer oder sogar ganz fehlender Juckreiz, geringe Andeutung von Milbengängen, Freibleiben der Hauptlokalisationsstellen.) Er warnt vor dem Arzt Wilkinson bei zu starker Pyodermie und Ekzem, empfiehlt die von den Moskauer Staatsfabriken hergestellte Kataminsalbe, welche kolloidalen Schwefel enthält.

A. Jordan.

Oliver: **Recurrent Onychoptosis occurring as a family disorder (Rezidivierende Onychoptosis als Familienerbfehler).** The Br. j. o. D. a. S. 1927, 7.

Sonst gesunder Knabe kommt wegen sich lockernden ersten großen Zehnnagels in Behandlung. Vor zwei Jahren soll er schon einmal beide großen Zehnnägel verloren haben. Ablösen des Nagels geht ohne irgendwelche prämonitorischen entzündlichen Erscheinungen vor sich. Nachher wächst Nagel wieder zu einem völlig normalen aus. Jetzt sieht gefährdeter Nagel schwärzlich aus mit breiter, weißlicher, transversaler Linie an Basis. Oberfläche glatt. Nagel lose, aber nicht erhoben. Sonst alle Nägel und auch Zähne gesund. Keine Verdickung des Nagelbettes. Drei Monate später zeigt vordere Hälfte des wiedergewachsenen Nagels schwärzliche Mißfärbung und ist auf Klopfen empfindlich; weitere zwei Monate später verrät distales Ende noch Unregelmäßigkeiten, gelbliche Verdickung und scharfes Absetzen gegen das proximale völlig normale Nagelende. Ähnlicher periodischer Nagelverlust auch beim Vater und Bruder des Kranken. Einen gleichen Fall hat schon *Montgomery* veröffentlicht, der einen Mann seine Mutter und zwei mütterliche Oheime betraf. Andere Blutsverwandte hatten rissige Nägel, während Deszendenz frei war. Mit unserem Zustand darf man nicht verwechseln die Onycholyse, wie sie als Folge von allgemeinen Hauterkrankungen oder konstitutionellen Störungen auftritt. Hier lag nichts derartiges vor. 3 Literaturen.

Siegfried-Aachen.

Friedmann-Mannheim: **Über die sogenannte Alibertsche Tinea amiantacea.** A. f. D. Bd. 149. S. 176.

Digitized by Google

Die seltene Erkrankung, die früher als Teigne oder Porrigoe amiantacea bezeichnet wurde, ist charakterisiert durch hochgradige Schuppenbildung des Kopfes, durch die die Haare in ihren Anfangsteilen fest verbacken und durch die den aufgerichteten Haaren mehr oder weniger fest anhaftende dünne asbestähnliche Schuppenlamelle. Bei den vier zur Beobachtungen gekommenen Fällen wurden Hefepilze gefunden, die der Verfasser ätiologisch verantwortlich machen will. *Hopf*-Hamburg.

Weber and *Axhausen:* **Hypoplasia (Aplasia) pilorum moniliformis.** The B. j. o. D. a. S. 1927, 2.

Kasuistik. Jüdischer Knabe von drei Jahren zeigt außer den veränderten Haaren des Kopfes, der Augenbrauen und Augenlider, besonders auf Kopfhaut follikuläre Keratose. Auf Stirn Pigmentnävus. Außen hinten an beiden Füßen leichter Lichen pilaris (spinulosus). Nägel und Zähne gesund. Knabe wurde von gesunder Mutter voll ausgetragen geboren, hatte anfangs wenig Haare, die bald wieder ausfielen, blieb bis zum zweiten Lebensjahre kahl und bekam dann seine jetzigen stumpf abgebrochenen moniliformen Haare. Verf. betrachtet das beschriebene Leiden als zur Gruppe der Nävi gehörig, wobei unter Nävus zu verstehen sind: Hyper-, hypo- oder a-, und dys- oder heteroplastische Zustände. Es läßt sich weiter eine fortlaufende Reihe aufstellen der follikulären Hyperkeratosen, die sich berühren. An einem Ende die kongenitale Alopezie, am anderen Ende MacLeods Ichthyosis follicularis und in der Mitte unser Fall. Wie hier Lichen spinulosus zusammen mit unserer Krankheit vorkommt, geschieht das auch gelegentlich mit der Follikulitis decalvans. *Siegfried*-Aachen.

F. von Westphalen (Hautklinik Frankfurt): **Über einige Haarerkrankungen.** A. f. D. Bd. 148. S. 19.

Systematische Untersuchungen des Kopfhaares wurden am allgemeinen Krankenmaterial bei 200 Frauen und 50 Männern durchgeführt. Trichoptilosis, häufiger der Haarenden, seltener im Verlauf des Haarschaftes, fand sich bei 93 % der Untersuchten. Spaltung des Haarschafts ist meist mit Trichorrhexis vergesellschaftet und bedeutet eine Erkrankung des Haares in seinem ganzen Verlauf infolge abnormer, durch Pityriasis capitis verursachter Trockenheit; Spaltung der Enden kann bei jeder Art von Haarbeschaffenheit auftreten und ist auf mechanische Schädigung (Bürste, Kamm, häufiges Waschen und Ausringen) zurückzuführen. Vereinzelte Fälle von glattem Haarbruch in der Querachse entstehen durch stark entfettende Haarfärbemittel. Bei Trichonodosis fand Verf. in den scheinbaren Knoten mikroskopisch stets Schlingen-, nie echte Knotenbildung und betrachtet als Ursache rein mechanische Momente. Die recht seltene Trichorrhexis nodosa, von der gewöhnlichen Trichorrhexis nicht generell zu trennen, aber mikroskopisch zu unterscheiden durch die Pinselbildung in den grauweißlichen Knötchen ist ätiologisch noch unklar. Verf. glaubt nicht an mykotische oder parasitäre Ursachen, eher an biochemische Veränderungen durch Verschiebung im Fett- und Eiweißgehalt der Haarsubstanz. Da sich bei einer Anzahl von Haarerkrankungen normale Kopfhaut finden kann, ist Pityriasis oder Seborrhöe außer bei Alopecia pityrodes und seborrhoica nicht als allein ausschlaggebender Faktor für Haarveränderungen anzusehen, spielt wohl eine „aktivierende oder stimulierende" Rolle dafür. *Sinn*-Aachen.

Digitized by Google

Arton Mario: **Über die systematisierte Hyperhidrosis.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 3. S. 982.

Artom berichtet in kritischem Referat über die Beziehungen zwischen den krankhaften Veränderungen der Schweißdrüsensekretion und den verschiedenen organischen Krankheiten des Nervensystems, mit besonderer Berücksichtigung der lokalisierten Hyperhidrosisformen peripheren Ursprungs, der Fälle von Reflex-Hyperhidrosis, der die Kausalgien begleitenden Hyperhidrosisformen; bei diesen Fällen wird die Rolle des vegetativen Nervensystems für das Entstehen der Schweißsekretion in Betracht gezogen. Er beschreibt einen Fall von lokalisierter Hyperhidrosis der Ulnargegend der linken Hand, der bei einem 20jährigen Patienten ohne bekannte Ursache auftrat und sich anfallsweise äußerte, begleitet von gleichzeitiger Gefäßerweiterung und erhöhter Temperatur ohne subjektive Symptome, ohne Hyperästhesien und lokale Parästhesien. Die Topographie, das Fehlen gleichzeitiger Veränderungen des spinalen Nervensystems, die Ergebnisse der pharmakodynamischen Prüfungen, besonders der intrakutanen Injektionen zur Feststellung der lokalen Reaktivität des hyperhidrotischen Gebietes, welche eine sehr deutliche Hyporeaktion gegen Adrenalin ergaben, führen den Autor zu der Annahme eines sympathischen Ursprungs der Hyperhidrosis, welche wahrscheinlich durch eine Hyporeaktivität des wahren Sympathikus im hyperhidrotischen Traktus zustande kommt. Er nimmt auch dann einen sympathischen Ursprung für die Hyperhidrosisfälle an, wenn diese von Störungen der allgemeinen Innervation begleitet sind, und spricht sich für das Auftreten von Hyperhidrosisformen durch sympathische Dystonien vom Typus der Hypervagotonismus und für die Möglichkeit einer Koexistenz lokaler Modifikationen des sympathischen Tonus mit normalen allgemeinen Bedingungen des vegetativen Nervensystems und für die Notwendigkeit aus, bei lokalisierten Hautaffektionen direkte Untersuchungen zur Feststellung einer eventuellen lokalen sympathischen Gleichgewichtsstörung anzustellen

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Kisljakowski: **Achromia cutis postparasitaria.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Nr. 2.

Unter diesen neuen Namen bergen sich beobachtete Fälle von Leucoderma spurium nach Sonnenbädern bei Personen mit Pityriasis versicolor.

A. Jordan.

M. Michael (Berlin): **Über Hitzewirkung auf die Haut und die Entstehung der „Cutis marmorata pigmentosa" (Buschke-Eichhorn).** Derm. Woch. Bd. 83. Nr. 52a. 1926.

Bei Untersuchungen über die Hitzeeinwirkung auf die Haut konnte festgestellt werden, daß bei geringeren Hitzegraden (50—60° C) eine diffus rosafarbige Rötung der Haut auftritt. Steigert man die Intensität der Hitze etwa bis 100 Grad, so steigert sich allmählich der Farbenton der Haut auf ein dunkleres Rot. Die Follikel treten deutlich als intensiv rot gefärbte Punkte hervor. Allmählich kommt es dann auch meist in den erhitzten Teilen zu intensiver Schweißabsonderung. Läßt man diese Hitzegrade länger einwirken, so blassen bestimmte Hautinseln wieder ab und diese blassen Inseln werden von einem unregelmäßig konfiguriertem Netz- und Balkenwerk von rotbrauner Farbe umgeben, das während der ganzen

Digitized by Google

Zeit der Hitzeanwendung bestehen bleibt. Bei wiederholter Hitzeanwendung tritt diese netzförmige Zeichnung schneller und intensiver auf und allmählich entwickelt sich eine dem Netzwerk entsprechende Pigmentierung. Eine solche infolge häufiger Hitzeeinwirkung netzförmig pigmentierte Haut erweist sich gegenüber Lichtreizen in erhöhtem Maße reaktionsfähig. Die diffuse Rötung der Haut im Anfangsstadium der Hitzeeinwirkung entspricht einer Erweiterung der arteriellen Kapillaren, die netzförmige Zeichnung einer Erweiterung des subpapillaren Arteriolenplexus. Kapillarmikroskopische Untersuchungen werden weitere Kenntnisse in die Vorgänge bringen müssen und besonders den Unterschied des ähnlichen, bei Kälteeinwirkung auftretenden Bildes der Cutis marmorata zu erklären suchen. *Krüger*-Sagan.

L. M. Wieder: **Acanthosis nigricans Juvenile Type. Ann. Arbor. Mich.** Journ. Americ. Med. Ass. 1926. Nr. 24.

Ausführliche Beschreibung eines juvenilen Falles von Acanthosis nigricans. „Negroide" Pigmentierung bestand bei einem 10jährigen Mädchen im Nacken, in den Axillae, am Abdomen, in der Genitocruralregion und in den Kniekehlen. Außerdem war die Haut an diesen Stellen verdickt und von rauher Beschaffenheit: Papillarhypertrophie. Es folgt der histologische Befund dreier exzidierter Hautstückchen. Pigmentgehalt wechselnd, je nach Stärke der Pigmentierung. Klinisch zeigte sich außer Vergrößerung des rechten Ovars leichte Hyperazidität, vermehrte Zuckertoleranz und verlängerte Suprareninreaktion; letzteres weist auf Unterfunktion der Nebennieren hin. Tumorblidung an inneren Organen war nicht nachzuweisen. Therapeutisch wurde Thyreoid- und Pituglandolextrakt verabreicht. Einreibungen kleiner Hautstellen mit 5 % Natronlauge, ließen ein Abblassen der Pigmentstellen erkennen. Nach Verabreichung einer Röntgen E. D. stellte sich prompt Pigmentvermehrung ein. *Röntz*-Bonn.

Pehur und *Tscherkes:* **Über Acanthosis nigricans.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 17.

Verfasser vermehren die Fälle von Acanthosis nigricans im jugendlichen Alter durch zwei eigene Beobachtungen, von denen die eine ein 11jähriges, die andere ein 18jähriges Mädchen betraf. In beiden Fällen ließen sich Andeutungen von Tbc. finden, in ersterem außerdem noch eine Anphotonie mit vorwiegender Hypersympathicustonie, Verminderung des Corneal- und Fehlen des Gaumenreflexes. *A. Jordan.*

Uhlmann: **Pigmentbildung bei Vitiligo.** M. K. 1927, 8.

Früher gelang es schon durch Actinotherapie oder Kohlensäureschnee vorübergehend auf Vitiligoflecken spärliches Pigment zu erzeugen, was nach *Blochs* Vitiligopathogenese darauf zurückgeführt wurde, daß noch in einzelnen Basalzellen der Epidermis das Ferment der Dopaoxydase, das ja die Pigmentbildung besorgt, vorhanden gewesen sein soll, bis auch dessen spärliche Reste mit Verschwinden des kurzlebigen neuen Pigments verschwunden sein sollten. Damit sind die neuen Versuche, nach denen es glückte, nunmehr schon ein seit $^3/_4$ Jahren dauerndes diffuses Pigment über früheren Vitiligostellen zu erzeugen, nicht in Einklang zu bringen. Das neue Verfahren resultiert auf der Erfahrung, daß Pigmentierungen bei bisher Gesunden sich öfters im Sommer bemerkbar machten nach Bespritzen mit dem Kölnischen Wasser „Glockengasse Nr. 4711"

Digitized by Google

und nur nach diesem. Und da dieses allein im Gegensatz zu den anderen Kölnischen Wassern Bergamottöl enthält, so kam schon vorher *Freund* auf den Verdacht des Bergamottöles als Ursache des Pigments. Aber nicht dies Öl allein, sondern nur seine Lösung in Spiritus führte zum Erfolg. Die normal gefärbten Hautteile der Nachbarschaft werden mit einem Chinin-Zink-Liniment abgedeckt und als Lichtquelle die *Kromayer*-Quarzlichtlampe oder bei größeren Flächen die *Bach*-Höhensonne benutzt. Natürlich wurden die Vitiligostellen vorher mit der Bergamottöllösung in Spiritus betupft. *Siegfried*-Aachen.

Galant: **Dystrophia pigmentosa (Leschkes Syndrom) und Neurofibromatosis (Recklinghausen).** M. K. 1927, 7.

Beide Krankheiten sind Einheiten für sich, wenngleich auch bei der *Leschke*schen Krankheit Hauterscheinungen wie beim *Recklinghausen* dazutreten können. Beim Recklinghausen liegt im wesentlichen eine Dysplasie des ektodermalen Keimes vor, bei *Leschke* aber treten verschiedene dysglanduläre Störungen noch dazu. (Körperlicher und psychischer Infantilismus, Genitaldystrophie, Fettsucht usw.). Für beide Krankheiten je eine kurze Krankengeschichte angegeben. *Siegfried*-Aachen.

J. Popoff: **Zur Frage der Darierschen Krankheit.** Russky Westnik Dermatologie 1927. Bd. 5. Nr. 4.

Beschreibung zweier Fälle von Morbus Darier, von denen der eine, in universeller Ausbreitung auf der Haut, mit Beteiligung der Schleimhäute, einen 21jährigen kräftigen, aber defektiven Bauer, der andere, in ganz rudimentärer Weise mit Lokalisation fast nur auf den Handflächen, einer 28jährigen, geistig normalen Mann betraf. Im ersten Fall begann die Krankheit in frühester Kindheit, in letzterem erst während der Geschlechtsreife. *A. Jordan.*

F. Balzer: **Die Purpura teleangiectodes annularis Majocchi.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 10. 1926.

B. weist darauf hin, daß die Purpura teleangiectodes annularis, welche nach ihrer Beschreibung durch *Majocchi* im Jahre 1896 in Italien, Deutschland, England nicht selten beobachtet wurde, in Frankreich lediglich von ihm selbst und *Galup* im Jahre 1908 einmal zum Gegenstande einer Publikation gemacht worden ist. Im Jahre 1915 zitiert *MacKee* 38 Fälle (31 bei Männern, 7 bei Frauen; 23 in Italien). Seit 1915 konnte *B.* 26 weitere Fälle finden. Die Erkrankung wurde in jedem Alter von 2 bis 60 Jahren und darüber nachgewiesen. *B.* unterscheidet drei Stadien: 1. Bildung runder, geröteter Herde um die Follikel; 2. Periode der Hämorrhagien und Pigmentierung; 3. Atrophie mit Haarausfall und Achromie. Pathologisch-anatomisch fand *Majocchi* eine Entzündung der Follikel und Drüsen. Die Teleangiectasien hängen von Endo- und Periarteritis ab. Dazu kommt Dilatation und Stase der Lymphgefäße. Ätiologisch ist vielfach (in einem Drittel der Fälle) Tuberkulose angeschuldigt worden. In anderen Fällen schienen Beziehungen zu Mandelentzündungen und Rheumatismus zu bestehen. In Berücksichtigung neuerer Arbeiten von *Calmette* und *Valtis* über filtrierbare virulente Elemente des Tuberkelbazillus möchte *B.* auch daran denken. Jedenfalls handelt es sich um ein infektiöses und vielleicht auch um ein einheitliches Agens. Von der *Schambergs*chen Krankheit ist

Digitized by Google

die Affektion abzugrenzen. Therapeutisch werden zahlreiche äußere Medikamente und innerliche (tonisierende) Mittel angegeben.

E. Zurhelle-Bonn.

Syphilis.

Allgemeine Symptomatologie Kasuistik.

Bergel: **Die Syphilis im Lichte neuer experimentell-biologischer und immuntherapeutischer Untersuchungen.** M. K. 1927, 31.

Nach einem längeren einleitenden Exkurs in die Biologie der Spirochäte und die reaktiven Äußerungen des befallenen Organismus, wie sie uns aus des Verf. Vorträgen in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft mehr oder minder geläufig sind, kommt Verf. auf seine neuen aussichtsreichen Versuche zu sprechen, luetisches Antiserum therapeutisch zu verwerten. Bislang bediente man sich versuchsweise des Serums erkrankter oder angeblich geheilter Menschen, das aber wegen der unzulänglichen Abwehrmaßnahmen des Körpers nicht stark genug war, um zum Ziel zu führen. Verf. vorbehandelt nun Kaninchen und Meerschweinchen intrapleural und peritoneal mit Lezithin, wodurch ein lymphozytenreiches Exsudat gewonnen wurde, das wie die Extrakte, z. B. der luetischen Lymphdrüsen, Komplementbindungsreaktion mit dem Extrakt luetischer Fötallebern gibt. Somit ließ sich also ein Antikörper künstlich gegen Lipoid schaffen, der auch in unspezifischer Weise auf das luetische Antigen paßt. Die so vorbereiteten Tiere erliegen nun einer luetischen Infektion niemals mehr. Dagegen gelang es, aus ihren Exsudaten und lymphozytären Organen Immunstoffe von äußerster Wirksamkeit zu gewinnen, die in vitro objektiv die Spirochäten abtöten, aber auch im Tierversuch wenigstens völlige Heilung brachten, auch, vorher einverleibt, gegen luetische Ansteckung schützten. Welche, Hoffnungen sich hieraus gründen lassen auf Therapie menschlicher Lues, müssen weitere Erfahrungen lehren. *Siegfried*-Aachen.

Hasselmann: **Zum Wesen der Herxheimerschen Reaktion.** Kl. W. Nr. 51. 1926. S. 2404—2405.

Das als „Herxheimersche Reaktion bekannte Phänomen ist keineswegs nur eine einfache Hyperämie, sondern eine durch spezifisch-spirochätozide Medikamente ausgelöste empfindliche Herdreaktion. Es ist der Begriff der H.-R. keineswegs auf das Exanthem und das Enanthem beschränkt, sondern es fallen darunter alle sonstigen Reaktionen des syphilitisch infizierten Organismus (Muskel- und Gelenkschmerzen, Drüsenvergrößerungen, Reaktion seitens der inneren Organe, ferner Verstärkung von allgemeinen Symptomen wie Fieber, Neuritis und Serumveränderungen). *Hans Ritter*-Berlin.

R. Benon: **Syphilis und chronisch asthenischer Zustand.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 12. 1926.

Verf. macht aufmerksam auf chronische asthenische Zustände des Nervensystems, die mit Paralyse und Lues cerebrospinalis nichts zu tun haben, aber doch spezifischer Natur sind und eine antisyphilitische Behandlung notwendig machen. *Zurhelle*-Bonn.

C. Moncorps und *H. Leonhard* (München): **Zur Frage der Antonischen Kernveränderungen im luetischen Blut.** Derm. Wo. Bd. 83. Nr. 47.

Digitized by Google

Verff. haben bei Lues I und II wohl in etwa 90% der Fälle die von *Antoni* beschriebenen Kernveränderungen an den Lymphozyten und Leukozyten feststellen können, aber auch bei Patienten ohne Lues fanden diese sich zahlreicher. Auf Grund dieser Befunde ist der Methode keine diagnostische Verwendbarkeit zuzusprechen. Diese beobachteten knopfartigen Endanschwellungen und Gänge werden als degenerativ-oxychromatische Kernveränderungen angesprochen, deren Natur erst mit bekannten Färbemethoden eingehend studiert werden muß, ehe man die Methode zu diagnostischen Zwecken benutzen kann. *Krüger*-Sagan.

C. Wolff-Altona: **Über Hypertonie bei Lues.** Derm. Wo. Bd. 83. Nr. 52a. 1926.

Während man allgemein annahm, daß die Hypertonie eine Folge der Arteriosklerose sei, ist man heute teilweise geneigt anzunehmen, daß die Hypertonie das Primäre sei. Sie kann ohne nachweisbare Veränderungen an dem Herzen und den Nieren einhergehen. Da bei Hypertonikern häufiger in der Anamnese Lues sich findet, wurden auch die verschiedensten Stadien der Frühlues auf den Blutdruck hin untersucht, und dabei stellte sich heraus, daß nicht nur im frühen Sekundärstadium, sondern auch im späteren Sekundär- und Tertiärstadium in den untersuchten Fällen sich so gut wie niemals eine stärkere Hypertonie fand. Eine funktionelle Hypertonie durch Lues scheint also sehr selten zu sein. *Krüger*-Sagan.

Sachs und *Klopstock:* **Nochmals zur Frage der Entstehung und des Wesens der syphilitischen Blutveränderung.** D. M. W. 1927, Nr. 10.

Die syphilitische Blutveränderung ist als Folge einer Immun- oder Antikörperreaktion aufzufassen. Der endgültige Beweis hierfür ist in dem von den Autoren geführten Nachweis zu erblicken, daß die zur Serodiagnostik der Syphilis dienenden Organextrakte unter geeigneten Bedingungen gesetzmäßig befähigt sind, entsprechende Antikörper zu erzeugen. Das auslösende Agens der bei der menschlichen Syphilis erfolgenden Immun- (Lipoidantikörper-) Reaktion können Organlipoide oder Spirochätenlipoide sein. Eine Entscheidung zwischen diesen beiden Möglichkeiten erscheint zur Zeit nicht möglich. In jedem Falle besitzen die derart entstandenen Lipoidantikörper eine weitgehende Reaktionsbreite.
O. Dittrich-Kiel.

Model und *Gogower:* **Blutveränderungen bei Neurolues.** Moskowski Medicinski Journal 1926, N. 12.

Nach den Untersuchungen der Verff. übt die Neurolues einen vermindernden Einfluß sowohl auf die roten Blutkörperchen als das Hb aus, was sie, entgegen anderer Ansicht, direkt mit der Intoxikation in Verbindung bringen. Die Zahl der weißen Blutkörperchen ist unbeständig, jedoch mit Neigung zu einer Vermehrung derselben. Im speziellen beobachteten die Autoren, im Gegensatz zu anderen, eine Tendenz zur Rechtsschwenkung. Die Lymphozyten waren in der Mehrzahl der Fälle in normaler Anzahl. In der Hälfte aller untersuchten Fälle war die Senkungsgeschwindigkeit beschleunigt, und zwar in den Grenzen von 10—40 mm. Die Resistenz der Erythrozyten erwies sich sowohl bei Tabes als Lues cerebri, L. cerebrospinalis und Meningo-Myelitis herabgesetzt. *A. Jordan.*

L. Epstein und *Osstrowski:* **Paroxysmale Hämoglobinurie bei visceraler Syphilis.** Wratschebaoje Delo 1927, N. 16.

Digitized by Google

Ein 44jähr. Kranker wurde in ein Sanatorium für Tuberkulöse eingeliefert wegen angeblicher Tuberkulose der Lungen. Das Fehlen von Zeichen von aktiver Lungentuberkulose, die Vergrößerung der Leber und Milz, der Typus des hektischen Fiebers mit bis zu 3° betragender Differenz zwischen der Morgen- und Abendtemperatur deuten auf Malaria, zumal der Kranke aus einer malariaverseuchten Gegend stammte. Das Fehlen von Malariaplasmodien im Blut, das Auftreten von paroxysmaler Hämoglobinurie zu ganz bestimmten Zeiten, immer zwischen 11 und 5 Uhr tags, veranlaßte aber bei der Unklarheit der Diagnose, das Blut auf die Wa.-R. zu untersuchen, obgleich Pat. Syphilis verneinte. Die Reaktion fiel stark positiv aus; die spez. Behandlung brachte daher schnell Rückgang der Krankheitserscheinungen. *A. Jordan.*

Mulder: **Syphilis und Metasyphilis.** M. K. 1927, 25.

Unter Ablehnung der Annahme eines besonderen nervenaffinen Spirochätenstammes legt Verf., der seine angezogenen Erfahrungen in Niederländisch-Indien sammelte, den Schwerpunkt für die Entstehung der Metalues auf das Milieu der Paraluetiker, da die Erfahrung lehrt, daß je mehr die früher primitiven Eingeborenen mit unseren Kulturgütern in Berührung kommen, um so auffälliger die Metalues sich mehrt. Wäre die Spirochäte allein Ursache der Metalues, dann müßte sie nach den klinischen Genesungen durch Malariabehandlung verschwinden, was sie nicht tut. Daher wird zur Zeit auch zu viel Gewicht noch gelegt auf die spezifischen Heilmittel bei Bekämpfung der Paralues, mehr sollte man an die Bekämpfung des kranken Organismus denken als an seine Infektion. Zu den „milieuumstimmenden" Mitteln rechnet V. Alkohol, Kokain, Aspirin, Veronal, überhaupt das Verlorengehen der einfachen hygienischen Lebensweise. Dazu typische Krankengeschichte eines sich allmählich zivilisierenden Eingeborenen. *Siegfried*-Aachen.

Platowski u. *Tinker:* **Ein Fall von intermittierender Hämophilie syphilitischen Ursprungs.** Russkij Westnik Dermatologii 1927. Bd. 5. Nr. 7.

31jähriger Mann, welcher von Lues nichts wußte, erkrankte an Hämophilie. Von Tuberkulose war nichts zu finden, dagegen erwies sich die Wa.R. positiv, die eine Tibia periostalisch verdient, und unter spezifischer Behandlung besserte sich der Zustand. *A. Jordan.*

E. Suchowa: **Zur Frage der Inkubationsperiode bei Neurolues.** Kasanskij Medicinskij Journal 1927. Nr. 10.

Von 410 Tabetikern der Kasaner Nervenklinik und teilweise des Sanatoriums für Neuroluetiker in Djaligorok waren ihrer Syphilis wegen gar nicht behandelt worden 93, d. h. 23,6%, schlecht behandelt worden (weniger als 5 Kuren) 271, d. h. 61%, und gut behandelt worden 60, d. h. 15%. Die Tabes brach aus im Durchschnitt bei der ersten nach 12, bei der zweiten nach 10 und bei der dritten nach 9 Jahren. Von 96 Fällen von Lues cerebrospinalis waren 10 gar nicht, 52 schlecht und 22 gut behandelt worden. Die Inkubation dauerte 13, 8, bzw. 7, 4, bzw. 4, 9 Jahre. Endlich von 65 Fällen mit Myelitis waren 9 gar nicht, 25 schlecht und 26 gut behandelt worden; die Inkubation dauerte bei ihnen 3, 6, bzw. 4, 23, bzw. 3, 3 Jahren. Es erweist sich demnach, daß die geringste Inkubationsperiode in den Fällen gut behandelter Syphilis beobachtet wird und ferner,

Digitized by Google

daß bei einigen Personen eine gut behandelte primäre Syphilis nicht vor dem Ausbruch einer Neurolues schützt. *A. Jordan.*

Artom: **Frühzeitige syphilitische periphere Fazialisparalyse.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 5. S. 1471.

Bericht über zwei Fälle von Fazialisparalyse bei syphilitischen Patientinnen; eine Patientin, 20 Jahre alt, hatte zugleich Roseola und Plaques muqueuses; die andere, 32 Jahre alt, war seit 7 Monaten syphilitisch erkrankt. Bei beiden Fällen handelte es sich um die extratemporale Varietät der Paralyse. Nach dem Ausfall der Untersuchung des Lumbalpunktats handelte es sich bei dem ersten Falle um eine zirkumskripte Meningitis, bei dem zweiten Falle — normales Lumbalpunktat — um eine infektiöse Neuritis. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Artom Mario: **Amyotrophische Lateralsklerose bei einem Syphilitiker.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 5. S. 1390.

Artom teilt einen Fall von amyotrophischer Lateralsklerose bei einem 40jährigen Manne mit, der sich im Alter von 20 Jahren syphilitisch infiziert hatte. Der Patient wies neben den Symptomen der *Charcot*schen Krankheit einen stark positiven Blutwassermann mit; das Lumbalpunktat ergab folgenden Befund: Zellen 0, Albumen 1,20‰, *Pandy*, *Weichbrodt*, *Taccone* positiv vom meningitischen Typus, Wassermann negativ. Der klinische Verlauf entsprach dem Bilde der *Charcot*schen Krankheit: Es entwickelten sich Zeichen von spastischer Paraplegie; es nahmen die Amyotrophie und Verminderung der Kräfte zu, es traten die Anzeichen einer bulbären Veränderung auf, also es entstand der klassische Symptomenkomplex der amyotrophischen Lateralsklerose.

Eingehende Diskussion über die Ätiologie der amyotrophischen Lateralsklerose. Beim vorliegenden Falle bestand mit Sicherheit eine Lues, auf die die Veränderungen des Lumbalpunktats zurückzuführen sind. Von den in Betracht kommenden Beziehungen der Lues zur amyotrophischen Lateralsklerose scheint *Artom* am nächsten die Annahme zu kommen, daß es sich beim vorliegenden Falle um eine amyotrophische Pseudolateralsklerose auf dem Boden einer syphilitischen Meningo-Myelitis handelte. Die Pseudosklerosen sind von der wahren *Charcot*schen Krankheit nicht zu unterscheiden, nur die Untersuchung des Lumbalpunktats ermöglicht es, eine Trennung dieser Formen von den genuinen Fällen von amyotrophischer Lateralsklerose vorzunehmen.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Anna Friedmann: **Echte Neurorezidive und deren Beziehung zur Metalues.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 43.

Gegenüber *Mattuschek*, der an Hand seines Materials feststellen konnte, daß sich bisher bei progressiver Paralyse anamnestisch noch nie ein echtes Neurorezidiv hätte feststellen lassen, bringt die Verfasserin die Krankengeschichte eines Falles, bei dem sich 4 Jahre nach einem echten Neurorezidiv eine typische Paralyse entwickelte. Die Hypothese von *Mattauschek*, daß die Neurorezidive ein Ausdruck gesteigerter Abwehrkraft des Organismus auf eine biologisch anders geartete Infektion sei, die eine Metalues ausschlösse, trifft also nicht zu. *Weinstock*-Charlottenburg.

U. J. Wile u. *G. H. Belote:* **Syphilitic Alopecia, its relation to neurosyphilis. (Die Beziehung der Alopecia specifica zur Neurosyphilis.)** Arch. of Derm. and Syph. Bd. 13. Nr. 4. S. 495. April 26.

Digitized by Google

Von 30 Fällen mit Alopecia specifica zeigte bei 17 Patienten der Liquor eine deutliche Zellvermehrung, bei 15 war die Wassermannsche Reaktion positiv, die Goldsolreaktion in 18 Fällen. Die Verf. glauben daher annehmen zu müssen, daß die Alopecia specifica ihren Grund in einer Meningitis syph. hat und nicht in einem lokalen Syphilid. Unterschieden werden muß von der Alopecia specifica die symptomatische luetische Alopecia, die dem Exanthem am übrigen Körper entspricht und sich auch histologisch von der ersten Art unterscheidet, besonders durch ein perivaskuläres und perifollikuläres Plasmazelleninfiltrat.

G. H. Klövekorn-Bonn.

G. Robustow: **Die Syphilis des Kleinhirnbrückenwinkels.** Russkij Westnik Dermatologii 1927. Nr. 8.

Verf. berichtet über 5 genau untersuchte Fälle von Syphilis latens, in denen es sich um syphilitische Meningitis mit spez. Affektion des N. acusticus handelte. Hierbei zeigte sich, daß der meningeale Prozeß, ungeachtet des Vorwiegens auf der einen Seite, auch auf die andere Gehörpartie übergehen kann und daß die Gehörstörungen, infolge Meningitis, mit dem Rückgang der Krankheit zwar zurückgehen, aber nicht immer völlig vergehen. Endlich besteht bei der Syphilis keine isolierte Erkrankung der Knochenleitungsfähigkeit, sondern es nimmt mit der Abnahme der Luftleitungsfähigkeit auch das Gehör überhaupt ab. *A. Jordan.*

Herbert Kaltenbach: **Beitrag zur Entstehungsursache der Paralyse.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 49.

Auf Grund genauer, an 32 Paralytikern erhobener anamnestischer Daten leitet der Autor die Ansicht ab, daß ein Luetiker um so mehr Aussicht auf eine Paralyse hat, je schlechter er behandelt worden ist.

Weinstock-Charlottenburg.

Franz Bruck: **Metasyphilis und Fehlen vorangegangener Hauterscheinungen.** M. m. W. 1927. Nr. 5.

Verf. weist auf das häufige Fehlen syphilitischer Hauterscheinungen in der Anamnese der Metasyphilitiker hin. *Weinstock*-Charlottenburg.

Ulrich u. *Ewreisson:* **Zur Frage des syphilitischen Diabetes.** Moskowskij Medicinskij Journal 1927. Nr. 6.

Bei der Disharmonie der Ansichten über die Abhängigkeit des Diabetes von Lues bringen die Verf. eine kasuistische Mitteilung über einen schweren Fall von Diabetes bei einem 31jährigen Mann, bei dem sich, außer einer stark positiven W.-R., keine Zeichen von Lues finden, und wo doch erst eine kombinierte Wismut-NS-Kur schnelle und vorzügliche Besserung, beinahe völlige Heilung brachte. *A. Jordan.*

E. Suchowa: **Zur Charakteristik der syphilitischen Erscheinungen, welche einer Neurolues vorausgehen.** Kasanski Medicinski Journal 1927. Nr. 4.

Von 99 Tabikern verneinten 29, d. h. 29,2%, völlig Lues, 38, d. h. 38,9%, hatten nur eine Sklerose, 33 oder 33% auch sekundäre Erscheinungen gehabt. Von 48 Fällen von Lues cerebrospinalis verneinten Lues 12, hatten eine Sklerose, aber keine sek. Erscheinungen gehabt 20 und gaben auch letztere zu 16. Bei 50 Fällen von Myelitis waren die entsprechenden Zahlen 9 : 23 und 18. *A. Jordan.*

Digitized by Google

N. Skljar: **Syphilis und progressive Paralyse.** Klinitscheskaja Medicina 1927. Bd. 5. Nr. 6. (Russisch.)

Von den 125 Paralytikern des Verf. gehörten 51 zu den intellektuellen Professionen (Händler, Beamte, Ärzte, Offiziere usw.), 29 hatten ein selbständiges Handwerk (Schneider, Schuster, Böttchermeister, Drechsler, Friseure, Malermeister usw.) und nur 43 waren einfache Arbeiter und zwei Landwirte. Unter den Erkrankten waren 94 von Geburt an Stadtbewohner, 12 hatten meist in der Stadt gelebt, und bloß 19 waren Landbewohner. Endlich waren 60% der Paralytiker Alkoholiker. Verf. sieht demnach Alkohol, geistige Überanstrengung und vor allem einen, den Degeneranten eigenen, erregten Zustand des Zentralnervensystems als Hauptursache für das Zustandekommen der Paralyse bei Syphilis an. *A. Jordan.*

Brandis (Amtsrichter): **Geisteskrankheit Folge eines Sturzes oder der Lues?** M. K. 1926. 52.

Ein Werkmeister erlitt beim Bedienen einer Maschine ohne erkennbare Ursache Ohnmachtsanfall mit Fleischwunde am Hinterkopf. Einige Tage später geistiges Irresein, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt wegen progressiver Paralyse. Antiluetische Behandlung bis vor zwei Jahren. Gutachten des behandelnden Arztes sieht im Unfall die beschleunigende Ursache des Krankheitsausbruches. Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaft und schließlich Provinzialheilanstalt stellen sich demgegenüber auf den Standpunkt, daß obiger Ohnmachtsanfall als erstes für die Außenwelt erkennbares Anzeichen der schon schleichend bestehenden Paralyse anzusprechen sei. Demnach Ablehnung jeglicher Entschädigung. Reichsversicherungsamt schloß sich dem an.

Weiter ist im allgemeinen zu bemerken, daß Betriebsunfall bei gewöhnlicher Betriebsarbeit im allgemeinen nicht als Betriebsunfall angesehen wird, es sei denn, daß besondere Begründung wie Übermüdung oder Überanstrengung nachweisbar vorliegt. *Siegfried*-Aachen.

Aichenwald: **Zur Statistik der Erkrankungen an progressiver Paralyse.** Kasanski Medicinski Journal 1926. Nr. 12.

Im Odessaer Irrenhause wurden in der Zeit von 1893 bis 1925 im ganzen 19863 Kranke aufgenommen, unter denen die Paralytiker ein Sechstel ausmachten. Im allgemeinen erkranken die Frauen viel seltener als die Männer, nämlich im Verhältnis von 1 zu 3,93. Die Anzahl der Paralytiker schwankte in den verschiedenen Jahren, erreichte besonders hohe Ziffern für die Männer in den Jahren 1896, 1908, 1910 und 1918/19; für die Frauen in den Jahren 1905, 1908, 1910 und 1916. Seit dem Jahre 1920 nimmt die Zahl der Paralytiker im allgemeinen ab, wenn auch das Jahr 1924 eine kleine Zunahme brachte. *A. Jordan.*

Krüskemper: **Plötzlicher Atemstillstand bei Tabes dorsalis.** M. K. 1927. 12.

Dazu gibt Verf. zwei Krankengeschichten, die plötzlich einsetzende Bewußtseinsstörung, Zyanose, Apnoe bei regelmäßiger Herztätigkeit zeigen. Anfälle dauern 5–6 Minuten, können aber auch wie Fall 1 zwei Stunden währen. Ursache wahrscheinlich vorher gegebenes Morphium. Morphium wirkt ja bekanntlich lähmend auf Atemzentrum. Dazu kommt, daß das Atemzentrum bei Tabes sich schon an sich in einem Zustand

Digitized by Google

erschwerter Erregbarkeit befindet. So genügt der weitere Reiz des Morphiums zur völligen Lähmung. Ob sonst noch toxische Schädigung durch Stoffwechselprodukte oder Spirochätentoxine vorliegt, läßt Verf. offen. Demnach soll man bei Tabes vorsichtig sein mit Morphium, statt dessen empfiehlt sich das Morphiumderivat Dilaudid, das zum Atemzentrum geringste Affinität haben soll. *Siegfried*-Aachen.

Ortner: **Plötzlicher Atemstillstand bei Tabes dorsalis.** M. K. 1927. 16. Verf. beruft sich *Krüskemper* gegenüber auf die Priorität seiner gleichen Veröffentlichung von zwei Fällen (Symptomatologie innerer Krankheiten. Bd. 2. S. 65 u. 170). Asthmakranke 20jährige Patientin bekam jedesmal nach Morphium Asthma bronchiale und verfiel in Bewußtlosigkeit mit vollkommenem Atemstillstand. Offenbar wurde durch Gefäßkrise oder Übermüdung des betroffenen Atemzentrums hinzukommendes Morphium zum weiteren schädigenden Agens. *Siegfried*-Aachen.

Rasdolski: **Konstitution und Syphilis des Nervensystems.** Wratschebnaja Goseta 1927. Nr. 13/14.

Verf. untersuchte 202 Fälle von Neurolues in bezug auf ihre Konstitution, und zwar 82 Fälle von Tabes dorsalis, 24 von progressiver Paralyse und 96 Fälle verschiedener Formen eigentlicher Syphilis des Nervensystems (Myelitis, Meningo-Myelitis, Gumma, Gefäßerkrankungen usw.). Er fand hierbei, daß sich unter den Tabetikern 4mal mehr Astheniker als Pyckniker fanden, und daß 47% der Tabetiker Astheniker waren. Im Gegensatz hierzu überwiegen die Pyckniker unter den syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems im engeren Sinn, indem sie 45% darüber ausmachten. Dasselbe war auch der Fall bei der progressiven Paralyse, da 57% derselben eine pycknische Konstitution aufwiesen.

A. Jordan.

Horder u. *Price:* **Syphilis of the heart and aorta (with special reference to the early stage of the disease) and its appropiate treatment. (Syphilis des Herzens und der Aorta [besonders im Anfangsstadium] und ihre geeignete Behandlung.)** The B. J. o. ven. dis. 1926. 6.

1. *Horder:* Der Beginn einer Aortitis luetica ist zwischen dem 25. bis 35. Lebensjahre anzusetzen. Gelänge es schon dann objektiv, den luetischen Angriff zu erkennen, würde noch sehr vieles gebessert oder geheilt werden können, was bei später sicherer Diagnose meist irreparabel ist. Solche Frühsymptome glaubt Verf. zu erkennen in substernalen Schmerzen, die bei Anstrengung zunehmen, weiter in unbestimmtem Druckgefühl in der Brust, „Fühlen der Aorta", drittens in Kurzatmigkeit. Das alles zu einer Zeit, wo physikalisch noch keine Aortenerweiterung noch sonst welche Herzgeräusche sich verraten, nur daß vielleicht der zweite Aortenton schon nicht ganz mehr klar und oft nur besonders hörbar hinter Proc. xiphoideus ist. Frühe Syphilisdiagnose des Herzens erschwert wegen Fehlens von Schmerzen. Eventuell Arythmie als verdächtig besonders vor dem 50. Lebensjahre anzusehen. Therapeutisch ist etwas Vorsicht geboten: Einschleichende antiluetische Behandlung in allen irgendwie verdächtigen Fällen anfangs mit Hg und Jod, erst später mit Salvarsan in nicht verringerten Dosen.

2. *Price:* Unter 288 Autopsien Syphilitischer fand sich als häufigste luetische Läsion Mesaortitis, die meistens auch die Lues der Koronar-

Digitized by Google

arterie begleitet. Es kommen im Herzmuskel aber auch, unabhängig von Kranzarterie, syphilitische infiltrative Prozesse vor mit schließlicher Fibrose. Primäres Atherom der Aorta soll aber ausgeschlossen sein. Bei Aortitis luetica soll geringerer Blutdruck bestehen und geringere Hypertrophie des ersten Ventrikels als in gewöhnlicher Aortitis, oft auch soll letztere Hypertrophie ganz fehlen. Überhaupt zeigt luetische Aortitis mehr schleichenden Charakter. Poststernale Schmerzen sollen weniger heftig sein als bei Angina pectoris, höher lokalisiert sein und weniger weit ausstrahlen, sollen plötzlicher auftreten und langsamer verschwinden. Herzstörungen in jungen Jahren bei Ausschluß von Rheuma sollen immer verdächtig sein, wie überhaupt Angina pectoris vor dem 40. Lebensjahre. Dagegen soll Kombination von Aorta- und Mitralklappenfehler vor dem 30. Lebensjahre wieder mehr auf Rheuma hinweisen. Behandlung muß schnell und lange erfolgen. Da As. zu Schwellung der Intima kleinster Gefäße führen kann, Vorsicht mit Salvarsan. Erst mit Hg oder Bi oder Jod beginnen. Salvarsan erst langsam steigern, später kann man mit letzterem energischer vorgehen. Behandeln, bis W.-R. negativ wurde was oft sehr lange dauert.

3. Diskussion zu den obigen Vorträgen von *Horder* und *Price*.

Siegfried-Aachen.

Klieneberger (Gutachten): **Wahrscheinlicher Zusammenhang des Todes, infolge syphilitischen Aorten-Aneurysmas und einer Brustquetschung, fast zwei Jahre vorher.** M. Kl. 1927. 28.

Arbeiter erleidet durch Sturz vom Wagen Brustquetschung und Rippenbrüche (6. und 7.). Danach dauernd Blutspucken und Rasselgeräusche in Lunge ebendort. Zwei Jahre später Tod infolge außerordentlich starken Blutsturzes. Es wird angenommen, daß durch Überanstrengung bei Unfall im schon vorher geschädigten Gewebe der erweiterten Aortawand ein Gefäßwandriß (Aneurysma dissecans) entstand. Anfangs Blutungen als Lungenrisse zu deuten, später ist Aortaausbuchtung nach Verdünnung der Luftröhre in diese durchgebrochen. Somit bezeichnen die späteren Blutungen den Weg, den zunehmende Aortenausbuchtung sich bahnte. Es ist also anzunehmen, daß durch Unfall schnellerer Tod durch schon vorher bestehendes Aortenaneurysma eintrat. *Siegfried*-Aachen.

Erich Langer: **Die Häufigkeit der luetischen Organveränderungen, insbesondere der Aortitis luetica.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 43.

An Hand von 23 015 Sektionsprotokollen des Rudolf Virchow-Krankenhauses zu Berlin aus den Jahren 1906—1925 weist der Verf. eine mehr als dreifache Zunahme der Aortenerkrankungen nach. Während im Jahre 1906/07 das Verhältnis der Aortitis zu den Luessektionen 33,3 % betrug, betrug es im Jahre 1925 83,87 %. Die Ursache für diese Zunahme der Aortitis glaubt der Autor in unserer zu intensiven Behandlung zu sehen; er empfiehlt deshalb möglichst milde Kuren, die den Körper in seinem Abwehrkampfe unterstützen und die Antikörperbildung heben sollen. *Weinstock*-Charlottenburg.

Prokoptschak: **Syphilis der Aorta.** Russkij Westnik Dermatologii 1927. Bd. 5. Nr. 7.

Unter 549 Syphilitikern wurde eine Aortitis syph. 170mal, d. h. in 30 %, gefunden, und zwar

Digitized by Google

bei	Anzahl der Kranken	Anzahl der Aortiker	In Prozent
Spätsyphilis II und III	236	61	25
Lues cerebri	76	25	32,8
Lues des Rückenmarks	51	17	33,3
Tabes dorsalis	146	62	42,4
Meningo-Myelitis spez..	40	5	12,5
Im ganzen	549	170	30%

Unter den Ursachen für die Aortitis wären besonders hervorzuheben: ungenügende Behandlung, Alkoholismus, Infektionskrankheiten, konstitutionelle Besonderheiten und eine angeborene Schwäche des Gefäßsystems. Als beste Behandlung empfiehlt Verf. eine kombinierte mit Wismut, Jod und Salvarsan. *A. Jordan.*

A. Schatilow: **Zur Kasuistik der Lungensyphilis.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 1.

Beschreibung eines Falles von Lungenerkrankung bei einer 17jährigen Kranken, welche bei fehlenden Tuberkelbazillen und Betroffensein speziell des mittleren Lungenlappens, trotz fehlender anamnestischer Hinweise auf Syphilis, für eine solche sprach. Der positive Wassermann und der Erfolg der spez. Kur bestätigten die Annahme. *A. Jordan.*

Orleanski: **Augenblicklicher Stand der Frage über die Syphilis der oberen Respirationswege und des inneren Ohres.** Westnik Sowremennsi Medicini. 1927. Nr. 14.

Nach einer literarischen Übersicht gibt Verf. seine Ansicht über die Prognose, welche folgendermaßen lautet, wieder: Dieselbe ist mehr oder weniger günstig: 1. in Fällen, welche nicht zu stürmisch verlaufen, wie 2. in verhältnismäßig frischen Fällen, wo es noch nicht zu bedeutenden Ausfallserscheinungen gekommen ist, und 3. ist sie besser in der sekundären als tertiären Periode. Endlich gibt die Erkrankung des N. vestibularis eine bessere Prognose als diejenige des N. cochlearis. Letztere Erkrankung gibt bei Männern eine bessere Vorhersage als bei Frauen. *A. Jordan.*

B. Lewina: **Ein Fall von Syphilis und Asthma bronchiale.** Russkij Westnik Dermatologii. 1926. Nr. 10.

Schwinden der asthmatischen Beschwerden bei einer 68jährigen Luetikerin nach spezifischer Kur. *A. Jordan.*

Maurice Letulle und *Jacques Dalsace:* **Drei „larvierte" Formen pleuropulmonärer Syphilis. Lobuläre Pneumopathie im Anschluß an die Bronchialverteilung. Inselförmige Rindenpleuritis mit Einschmelzung. Schiefrige syphilitische Pneumonie (sklerogummöse Rindenpleuritis). 12 Abbildungen.** Ann. de Derm. et de Syph. 1927. Nr. 3.

Das pathologisch-anatomische Bild der pleuro-pulmonären Syphilis wird an Hand von drei zur Autopsie gelangten Fällen dargestellt, unterstützt durch vorzügliche Abbildungen. Es wird darauf hingewiesen, daß die Syphilis in den Lungen die unteren Randpartien bevorzugt, woran die Zirkulationsverhältnisse für Blut und Lymphe schuld sein dürften. Meist sind nur wenige Lobuli neben dem Bindegewebe mit erkrankt, so daß

Digitized by Google

die Autoren von Paucilobulitis bzw. pauci-lobulären Pneumopathien sprechen möchten; die Erkrankung dieser „Inseln" geschieht auf vaskulärem Wege. Der Verlauf ist oft rein sklerosierend. *Zurhelle*-Bonn.

Berblinger: **Gummöse Syphilis der Lunge und der Cava superior mit Thrombose dieser.** M. K. 1927. 35.

Mitteilung einiger zur Sektion gelangter Fälle von Lungenveränderungen bei erworbener Syphilis mit mikroskopischem Befund. 28jährige Frau mit zum Teil wie hämorrhagische Infarkte aussehenden Lungenherden mit frischen Thromben in zugehörigen Lungenarterien. Weiter völlige Thrombose der Cava superior bei 53jährigem Manne, bei dem klinisch Mediastinaltumor mit Einbruch in obere Hohlvene angenommen wurde, der 9. Fall dieser Art, der bislang bekannt gegeben wurde. Klinisch ist ebenso wie anatomisch Diagnose erworbener Lungensyphilis schwierig, denn die bisherige Klassifizierung in diffus-interstitielle, kavernöse und grobknotig-gummöse Formen ist nur in den Anfangsstadien berechtigt, später oft nicht mehr durchführbar. Genauere Histologie der gummös-sklerosierenden Lungensyphilis ist nachzulesen. Die Verkäsung im Granulationsgewebe der späteren Gummen führt Verf. zurück auf Gefäßveränderungen.

Siegfried-Aachen.

Burke: **Pulmonary syphilis. (Syphilis der Lunge.)** The B. j. o. ven. dis. 1927. 2.

Lungensyphilis kommt sehr viel häufiger vor als gemeiniglich bislang angenommen wird, zumal wenn man die Ergebnisse der Autopsien berücksichtigt. Bei 152 sicher Lueskranken fand sich obiges Leiden in 8% der Fälle, sicherlich aber ist der Prozentsatz noch höher. Verf. unternimmt es als wertvollstes Diagnostikum, die Röntgendurchleuchtung differentialdiagnostisch zu erläutern gegenüber der mit Lungentuberkulose meist verwechselten Lungenlues: Lues zeigt massiven Schatten über den ganzen Lappen oder in Nachbarschaft des Hilus, wobei strahlenförmige Linien vom Hilus ausgehen. Lues schont meistens den oberen Lappen. Bei Tuberkulose ist dies alles umgekehrt. Das verschiedene Verhalten beider Zeiten erklärt sich daher, daß Tuberkulose den Lymphgefäßen folgt und das lymphatische Gewebe um die Lungenläppchen zur Proliferation bringt, somit ist Tuberkuloseschatten perilobulär, Lues aber ergreift die Hilusarterien zuerst und gelangt durch Arterien ins Innere der Läppchen, macht also intralobulären Schatten. Tuberkuloseschatten hält sich an Bronchien, luetischer nicht. Klinisch wäre zu bemerken, daß bei Lungenlues kein progressiver Körpergewichtsverlust eintritt, wie bei Tuberkulose auch keine deutliche Anämie. Bei gleichzeitiger Lues und Tuberkulose der Lungen scheint Lues retardierend auf Tuberkulose zu wirken. 27 Literaturen.

Siegfried-Aachen.

L. Feldmann: **Über einige Knochenveränderungen bei vererbter Lues.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 7.

Die röntgenologische Untersuchung von 128 erbsyphilitischen Kindern der ersten zwei Lebensjahre ergab bei 78 verschiedene Knochenveränderungen (Osteochondritis, Parrotsche Krankheit, Periostitis, Osteosklerosen usw.), darunter in 16 Fällen das Fehlen der normalen trichte-

Digitized by Google

förmigen Vertiefung der langen Röhrenknochen im Gebiet der Metaphyse. Der Knochen ist an dieser Stelle verbreitert, wie viereckig. Die Knochenstruktur ist zwar erhalten, aber die kortikale Schicht ist verdünnt. Häufiger sieht man dieses an den Knochen des Schienbeins, als an denen des Vorderarms. Zuweilen beobachtet man gleichzeitig periostale Auflagerungen an dieser Partie. *A. Jordan.*

Glaubersohn: **Syphilitische Spondylitis.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Nr. 2.

Die gummöse Spondylitis entwickelte sich bei einem 43jährigen Mann 25 Jahre nach Infektion mit Syphilis. *A. Jordan.*

Baikow: **Unterarmknochenfraktur, kompliziert durch Gumma.** Moskowski Medicinski Journal. 1926. Nr. 12.

Im Anschluß an eine Fraktur der Unterarmknochen entwickelte sich bei einem 40jährigen Arbeiter eine Ostitis gummosa. Der Kranke behauptete, nichts von Lues zu wissen; die genaue Untersuchung desselben ergab, außer dem Gumma, Zeichen von Tabes und Aortenaneurysma bei stark positivem Wassermann. *A. Jordan.*

Wikker: **Über gummöse Leberschwellung.** Wratschebnoje Delo. 1927. Nr. 16.

Elf eigene Beobachtungen geben Verf. Anlaß, sich folgendermaßen über die syphilitische Anschwellung der Leber auszusprechen. Das Lebergumma ist meist als begrenzte Geschwulst von Nuß- bis Faustgröße zu fühlen. Die Leber ist an der Oberfläche uneben und höckerig. Zuweilen findet sich eine Reihe von Knoten. Die Härte der Lebergeschwulst ist eine mittlere, aber verschieden stark. Meist sitzt die Geschwulst im linken Leberabschnitt. Eine Schwellung der Leber in toto gehört nicht zur Regel, obgleich die Leber in gewissem Grade vergrößert und hart ist. Meist ist auch die Milz vergrößert. Schmerzempfindungen in der Lebergegend sind verschieden, meist mäßigen Grades. In der Hälfte aller Fälle ist die Temperatur erhöht (37,8—38,2° abends). Gelbsucht fehlt in der Regel. Unter den Fällen des Verf. überwogen die Frauen. Die Diagnose kann große Schwierigkeiten machen, ist aber leicht, wenn man sich daran gewöhnt, in zweifelhaften Fällen eine spezifische Kur zu versuchen. *A. Jordan.*

Babajew: **Zur Kasuistik der Knochen- und viszeralen Syphilis.** Wratschebnoja Gaseta. 1927. Nr. 3.

Seltener Fall von gummöser Affektion der Sacralwirbel nebst gleichzeitiger Aortitis und Hepatitis bei einer 38jährigen Frau, welche von ihrer Lues nichts ahnte. Wassermann bei ihr und beim Mann stark positiv; bei 13jähriger Tochter negativ. Spezifische Behandlung brachte Besserung. *A. Jordan.*

George Gellhorn: **Syphilis of the Cervix. (Lues der Zervix.)** St. Louis. Journ. Am. med. Ass. 1926. Nr. 22.

Die Lues kann an der Zervix in allen Stadien auftreten: als P. A., als Papel und als Gumma. Der harte Schanker sitzt meist an der vorderen Muttermundlippe, ist zuweilen auch multipel. Da die zugehörigen Drüsen weit nach hinten gelegen sind, ist in der Regel eine Drüsenschwellung nicht zu tasten. Bei schweren, inoperablen Karzinomen empfiehlt Verf.

Digitized by Google

antiluetische Kur einzuleiten, um ein tertiäres Syphilid mit Sicherheit ausschließen zu können. Durch Narbenbildungen geben die luetischen Zervixveränderungen oft Geburtshindernisse ab. Auch Übergang in Karzinom ist möglich. *Gellhorn* konnte drei solcher Fälle beobachten: zwei davon kamen nach wenigen Monaten zum Exitus. *Röntz*-Bonn.

Eruchimowitsch u. *Blumkin:* **Über Syphilis der Gl. parotis.** Wratschebnoje Delo. 1927. Nr. 16.

Ein weiterer Fall dieser, noch seltenen spätsyphilitischen Erscheinung bei einem 42jährigen Mann, welcher Lues verneinte, verheiratet war und ein gesundes Kind hatte. Erst nach 2jährigem Bestande der Krankheit wurde, auf Grund gleichzeitiger Aortitis und Hepar lobatum die richtige Diagnose gestellt und durch eine Kur mit *Biett*scher Lösung ein völliger Rückgang der Vergrößerung der Parotis erzielt. Die Reaktion Meinicke war schwach positiv. *A. Jordan.*

Bobowitsch u. *Linde:* **Zur Klinik der syphilitischen Orchi-Epididymitis.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 8.

Es werden zwei Fälle von syphilitischer Orchi-Epididymitis beschrieben, bei denen beiderseitig Hoden und Nebenhoden betroffen waren und auch der Vas deferens mit in den Prozeß hineingezogen war. In dem einen Fall handelte es sich um einen 36jährigen Landmann, der 9 Jahre vorher Syphilis akquiriert und eine Hg-Spritzkur, sonst nichts mehr, erhalten hatte. In dem anderen Fall kam ein 35jähriger chinesischer Bauer mit Orchi-Epididymitis syph., welcher 3 Jahre vorher einen Schanker erworben hatte und damals von einem Kurpfuscher in Shanghai behandelt worden war. Beide Fälle boten, abgesehen von ihrer Seltenheit, diagnostische Schwierigkeiten. *A. Jordan.*

Agronik: **Syphilis und das Messer des Chirurgen.** Klinitscheskaja Medicina. 1927. Bd. 5. Nr. 3.

Beschreibung zweier Fälle von Syphilis des Nasen-Rachenraums und eines Falles von gummösen Unterschenkelgeschwüren, welche für Tuberkulose gehalten wurden und teilweise Anlaß zu chirurgischen Eingriffen gegeben hatten, teilweise geben sollten. Die positive W.-R. und der Erfolg einer spezifischen Behandlung klärten die Situation. *A. Jordan.*

Bertaccini Giuseppe: **Stenosis rectalis, elephantiastica ano-rectalis, Syphiloma ano-rectale Fournier.** Giorn. ital. di Dermatol. 1926. H. 6. S. 1526.

Bertaccini hebt hervor, daß die verschiedenen Meinungen der Autoren über *Fourniers* „Syphiloma ano-rectal" auf der Tatsache beruhen, daß die Bezeichnung *Fourniers* auf Fälle zur Anwendung kam, die dem von *F.* geschiderten Symptomenkomplexe nicht entsprechen. Er gibt noch einmal die anatomischen und klinischen Charaktere des Symptomenkomplexes nach *F.* wieder, dessen Endstatus nach *F.* eine zylindrische Stenose eines Rektalsegments, dessen pathogenetischer Mechanismus die sklerotische Retraktion einer diffusen interstitiellen primären Infiltration der Rektalwände darstellt. Unter Berücksichtigung der Literatur gibt *B.* die Befunde und Meinungen der verschiedenen Autoren wieder. Er ist der Überzeugung, daß man zwar die verschiedensten Formen der rektalen Stenose und der ano-genitalen Elephantiasis sicher nicht syphilitischen Ursprungs findet,

Digitized by Google

daß aber typische Fälle vorkommen, welche auf Grund ihrer syphilitischen Natur und Pathogenese dem Bilde *Fourniers* entsprechen.

Bertaccini teilt 7 Fälle mit, welche nach dem klinischen, rektoskopischen Befunde, nach dem Verlaufe typische Beispiele des Syphiloma ano-rectal *Fourniers* darstellen. Bei einem der Fälle bestand eine Lungentuberkulose und eine Tuberkulose der mesenterialen Lymphdrüsen; trotzdem gehörte auch bei diesem Fall die rektale Verengerung zu dem von *Fournier* beschriebenen Symptomenkomplex, und die zum Tode führenden tuberkulösen Erscheinungen waren nur eine zufällige Begleiterkrankung. Das Syphiloma ano-rectale ist offenbar häufiger, als manche Autoren annehmen. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Divella: **Die ano-rectale Spätsyphilis Fourniers.** Soz. pugliese d. soc. ital. d. Dermatol. 10. II. 1927. Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 887.

Divella hat drei Fälle dieser seltenen Lokalisation beobachtet. Der dritte, ausführlich beschriebene Fall betrifft eine 40jährige Patientin, welche die Syphilis vor 10 Jahren erwarb, sich unregelmäßig und ungenügend behandelte und seit 3 Jahren an einer Aortitis leidet. Seit 2 Jahren Störungen bei der Stuhlentleerung. Oberhalb des Sphinkters fühlt man eine Rauhigkeit; die Oberfläche weist harte Knoten auf; starke Stenosierung des Rektums. Bei der Untersuchung entleert sich eiterähnliche Flüssigkeit und Blut. Wassermann positiv. Im Analsekret finden sich weder Gonokokken noch Streptobazillen. Besserung nach Salvarsan- und Jodbehandlung. Das Syphiloma ano-rectale stellt eine hyperplastische Infiltration der Ano-Rektalwände dar, ist eine tertiäre Erscheinung, vergleichbar den sonstigen interstitiellen Hyperplasien durch Lues.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Buchbesprechungen.

Julius Heller: *Die Krankheiten der Nägel.* 2. Auflage. (Band XIII, 2. Teil des Handbuchs der Haut- und Geschlechtskrankheiten von *Jadassohn*. Berlin 1927. Julius Springer.

Die 2. Auflage hat aus *Hellers* bekanntem Nagelbuch ein grundlegendes Werk geschaffen, wie es die Literatur keines anderen Landes besitzt. Die Anatomie, vergleichende Anatomie und die Physiologie beginnen das Werk. Die Einzelheiten, welche *Heller* mitteilt, stellen ein so ungeheures Material dar, daß für ein Referat keine Möglichkeit besteht. Diesen Besprechungen der normalen Verhältnisse folgen ethnologische Mitteilungen, Nagelpflege, Volksglauben, Mystik, Chiromantie, Prähistorie und Sprachgebrauch; alle diese Abschnitte zeigen die universelle Belesenheit des Autors in seinem Gebiet. Die Pathologie der Nägel beginnt *Heller* mit den erblichen Erkrankungen (viel Stammbäume). Sodann geht er auf die Einwirkungen normaler (Gravidität) und pathologischer Allgemeinzustände des Körpers über und bespricht die Einwirkung von Krankheiten und Vergiftungen. Auch die lokalen Erkrankungen beginnt er wieder mit den Abnormitäten (angeborenen Mißbildungen), um dann auf die eigentlichen Nagelerkrankungen überzugehen. Mit vielen Bildern wird das Krankheitsbild der Onychogryphosis ausführlich geschildert, ihm folgt der Ausfall des Nagels, die Koilonychie, die subunguale Keratose und

Digitized by Google

die vielen Gestaltveränderungen des Nagesl, die unter den verschiedensten Namen beschrieben sind. Die Farbveränderung des Nagels (weiß, dunkel), Blutungen, Verletzungsfolgen und Nagelbettentzündung folgen mit den sie erzeugenden Bakterien; der eingewachsene Nagel, Warzen und Tumoren unter den Nägeln werden in Bildern eigener Beobachtung und aus jahrzehntelanger Literatursammlung zusammengestellt. Die entzündlichen Erkrankungen bestehen in Pilzerkrankungen, Nagelekzem und sodann der ganzen Reihe häufigerer oder seltener Dermatosen. Bei der speziellen Besprechung der Nagelveränderungen durch Allgemeinerkrankungen, die nun folgt, teilt *Heller* das Gebiet in solche mit starker Beteiligung der Hautorgane: Syphilis sehr ausführlich, Gonorrhöe und Ulcus molle, Lepra, Pocken; und in solche ohne starke Beteiligung der Hautorgane: Tuberkulose und andere Lungenerkrankungen (dabei aber Lupus), Herzerkrankungen, Malaria und andere Tropenkrankheiten, Typhus, Rachitis, Diabetes, Akromegalie und Akromikrie, sowie andere endokrine Störungen. Diese letzteren hält *Heller* für selten und von geringer Bedeutung. Rheumatismus, Gicht, Skorbut, Chlorose beenden diesen Teil vor dem Übergang in den außerordentlich wichtigen Abschnitt über die Erkrankungen des Nervensystems, periphere Nerven, Rückenmark und Gehirn. Wieder unendlich viele und seltene Krankheitsformen, von denen nur der von *H. Oppenheim* beschriebene Schmerz beim Nagelschneiden, eine oft geschilderte Überempfindlichkeit des Unternagelraums, herausgenommen sei. Traumen und Giftwirkungen schließen die Pathologie ab. Ihr folgt die forensische Bedeutung der Nägel (lange alphabetische Liste der gewerblichen Veränderungen der Nägel), die Formen des Nagelschmutzes, die Verletzungen durch Nägel; die Pflege der Nägel, und zum Schluß eine allgemeine diagnostische Tabelle. Die Nägel werden uns in diesem über 400 Seiten langen Werk in ihrer ganzen Bedeutung für die Erkennung körperlicher Eigenschaften und Veränderungen dargetan. Das gesammelte Material, übersichtlich und angenehm lesbar dargestellt, durch 145 Bilder illustriert, regt auf jeder Seite zum Denken und eigenem Beobachten an. Dieser Band gehört zu den besten des größten Handbuches der Dermatologie, das je erschienen ist. *Pinkus.*

P. G. Unna: *Histochemie der Haut.* Wien 1928. Franz Deuticke. Preis Mk. 20.

Mit Staunen und Bewunderung sieht die jüngere Generation, wie *P. G. Unna* schon früh, weit seiner Zeit vorauseilend, mit genial erdachten Methoden vieles erkannte, was heute erst durch physikalisch-chemische und elektrische Methoden bestätigt werden kann. Nachdem durch die wichtigen Arbeiten von *Ehrlich* die Möglichkeit gegeben war, einen Eiweißbestandteil der Zelle nach dem anderen färberisch zu charakterisieren, wurde durch die Einführung der Chromolyse durch *Unna* die Erkenntnis der chemischen Beschaffenheit einzelner Zellbestandteile und die Entdeckung neuer wesentlich gefördert. Einen weiteren Fortschritt erfuhr die Zellchemie durch die Entdeckung der Sauerstofforte. *Unna* konnte zeigen, daß auch die Färbung überlebenden, nicht fixierten Gewebes möglich ist, und daß aus der Färbung solcher Gewebe Schlüsse auf vitale Zellvorgänge gezogen werden können. Mit dem Fortfall der Fixierungsprozesse wurde die chemische Erforschung der Zelle auf verhältnismäßig einfache Maßnahmen zurückgeführt. Entsprechend dieser Entwicklung gliedert sich das mit farbenprächtigen, übersichtlichen Illustrationen geschmückte Werk in die Darstellung der sauren und basischen Zelleiweiße, die Besprechung ihres Aufbaues (Stockwerktheorie), die Schilderung der Sauerstoff- und Reduktionsorte, der Sauerstoffermente, die Besprechung der

Digitized by Google

sauren Kerne, die Hautfette, der Plasma- und Mastzellen und der Bindegewebssubstanzen. Die Lektüre ist wegen der einfachen und außerordentlich klaren Sprache ein hoher Genuß. Die verschiedenen Färbungen sind einzeln geschildert. Ein Formelverzeichnis am Ende des Buches erleichtert die Auffindung der einzelnen Methoden. Das Buch sollte deshalb in keinem histologischen Laboratorium fehlen. *Memmesheimer* (Bonn).

Henry H. Hazen: *Diseases of the Skin.* 3. Aufl. St. Louis 1927. C. V. Mosby. Preis geb. 10 Dollar.

Der Aufschwung, den die Dermatologie in den Vereinigten Staaten von Nordamerika genommen hat, zeigt sich in dem schnellen Erscheinen neuer Ausgaben der dermatologischen Lehrbücher des Landes. Auch von dem Buch des Washingtoner Dermatologen wurde eine neue Auflage notwendig, die dritte, die jetzt 572 Seiten stark mit 248 Bildern vorliegt. Sie enthält Hautkrankheiten und Syphilis, nicht aber (mit Ausnahme der gonorrhöischen Hyperkeratosen) die Gonorrhöe, weil diese in U. S. A. eine Domäne der Urologen ist. Sieben Kapitel über Anatomie und Physiologie, Ätiologie, Symptomatologie, Pathologie, Diagnostik, Behandlungsmethoden und Hygiene leiten weitere 26, die einzelnen Krankheiten beschreibende Abschnitte ein. Die Einteilung erfolgt unter vorwiegend ätiologischen Gesichtspunkten. Es ist nicht verwunderlich, daß hier für unseren Geschmack einzelnen Krankheitsformen Zwang angetan wird und Unstimmigkeiten vorkommen. So wird z. B. die Seborrhoea sicca unter den „bakteriellen" Hautkrankheiten abgehandelt und die Flaschenbazillen *Unna-Malassez* sind als sichere Erreger abgebildet. Es wäre wünschensswert, in einem Lehrbuch diese Erkrankung unter das Kapitel der „wahrscheinlich bakteriellen" Erkrankungen zu bringen, wenn man schon eine bakterielle Ursache annimmt. Die Schwarzweißillustrationen sind zum Teil ausgezeichnet, zum Teil aber nach Aussehen und Anordnung nicht gleichmäßig. In einer neuen Auflage müßte sich hier leicht Änderung schaffen lassen. Die Wismutbehandlung der Syphilis kommt etwas zu kurz, dafür ist die Bekämpfung und Prophylaxe der Syphilis in außerordentlich übersichtlicher und auch für den Studenten leicht einprägsamer Weise erörtert. Erwähnenswert aus dem Inhalt ist das Vorkommen von gewissen Eigentümlichkeiten bei den Hauterkrankungen der schwarzen Rasse. So soll die Seborrhöe des Kopfes in ihren verschiedenen Formen bei den Negern ungewöhnlich selten sein. Die Verbreitung der Syphilis ist bei den Negern anderhalbmal so groß wie bei den Weißen. Wegen der Schilderung dieser besonderen amerikanischen Verhältnisse kann das Studium des Lehrbuches sehr empfohlen werden. *Memmesheimer* (Bonn).

J. Matuschka u. R. Rosner: *Die Malariatherapie der Syphilis.* Wien 1927. Julius Springer. Preis Mk. 4,80.

Der Standpunkt *Fingers*, daß die Wirkung der antiluischen Mittel — auch die des Salvarsans — keine direkte, sondern eine vom Organismus abhängige ist, führte *Kyrle* schon 1917 dazu, Versuche über die Wirkung künstlich erzeugten Fiebers auf den Verlauf der Frühsyphilis vorzunehmen. *Kyrle* kam dabei zu dem Schluß, daß eine energische chemotherapeutische Behandlung mit Fieber kombiniert wahrscheinlich mehr leistet, als für sich allein. Es wurde ihm dabei klar, daß das Fieber hierbei nicht das wesentliche, sondern nur ein Glied in einer Reihe von Vorgängen sei, die die Abwehrkräfte des Organismus anregen und Bedingungen für eine bessere Wirkung des Salvarsans im Körper

Digitized by Google

schaffen. Eine logische Folge dieser Überlegungen war nach *Wagner-Jaureggs* glänzenden Erfolgen mit der Malariabehandlung der Paralyse die Einführung der kombinierten Salvarsan-Malariabehandlung in die Therapie der Frühlues. Nach dem allzufrühen Tode *Kyrles* wurde diese Therapie nach den von ihm geschaffenen Grundsätzen mit größtem Erfolge durchgeführt. Die vorliegende, von zweien seiner Mitarbeiter geschriebene und von *Finger* eingeleitete Abhandlung beweist es. Bemerkenswert an der Zusammenstellung ist die Größe des Materials, die lange Dauer der Beobachtung und der freimütige Hinweis auf die allerdings außerordentlich geringe Anzahl der Mißerfolge. 100% Erfolge kann es eben, wie *Finger* sagt, biologisch gedacht, nicht geben. Aus diesen Gründen empfiehlt sich das Studium auch für die Syphilistherapeuten, die aus vorwiegend gefühlsmäßigen Gründen die Malariabehandlung für alle Fälle von Frühsyphilis strikte ablehnen. Mancher von ihnen wird sich überzeugen lassen, daß durch *Kyrle* die Behandlung der Lues um eine sehr wertvolle und für manche Fälle unentbehrliche Methode vermehrt wurde.

Memmesheimer (Bonn).

F. Krzysztalowicz: *(Choroby Skóry.) Hautkrankheiten.* 539 S. u. 177 Abb. Warschau 1928. Verlag des Kultusministeriums. Preis Zl. 20.

Nachdem im vergangenen Jahre die „Ätiologie und Pathognese der Hautkrankheiten" im Selbstverlag des Verfassers erschienen ist, liegt jetzt der zweite, klinische Teil des Lehrbuches vor. Jeder der beiden Bände ist in sich abgeschlossen, doch besteht zwischen beiden ein enger, logischer Zusammenhang. Im ersten Teil hat Verfasser sich der bisher ungelösten Aufgabe unterzogen, in der Dermatologie das einzig haltbare und rationelle System zu schaffen: nämlich nach der Ätiologie der einzelnen Erkrankungen, und bei der Herausgabe des zweiten Bandes hat es sich gezeigt, daß dieses System der praktischen Probe standgehalten hat. Es umfaßt folgende Hauptgruppen:

1. Angeborene und vererbliche Hautkrankheiten (Genodermien);
2. Hautkrankheiten durch äußere, physikalische und chemische Einwirkungen;
3. Parisitäre Hauterkrankungen;
4. Toxikodermien;
5. Hauterkrankungen infolge innerer Ursachen (Autointoxikationen, Stoffwechselstörungen, hämatopoetisches System und endokrino-vegetatives System);
6. Neubildungen (karzinomatöse und sarkomatöse).

Dem neu eingeführten System entsprechend werden die Untersuchungen der letzten Zeit berücksichtigt, die uns über die Ätiologie mancher Erkrankungen aufgeklärt haben, so daß einerseits morphologisch ähnliche Krankheitsbilder getrennt behandelt werden, andererseits bisher als selbständig anerkannte Krankheiten anderen Gruppen zugerechnet sind. So hat z. B. *Krzysztalowicz* ebenso wie *Highman* das Ekzem aus der Terminologie gestrichen, da alle hierher gehörigen Erscheinungen unter den Kapiteln Dermatitis, Pyodermites, Epidermodermites, Prurigo und seborrhöische Ekzematiden behandelt sind. Das Kapitel der Pyodermitis ist im Vergleich zu den bisherigen Lehrbüchern beträchtlich erweitert worden. Wir finden in dem Lehrbuch nach einleitenden symptomatologischen Bemerkungen einen allgemeinen therapeutischen Teil, in dem bei der allgemeinen, wie auch bei der lokalen Behandlung alle neueren Methoden berücksichtigt werden und die pharmako-biologische Wirkungsweise

Digitized by Google

sowie die praktische Anwendungsform der einzelnen Mittel angegeben wird. Darauf folgt der klinische Teil, in dem bei jeder Krankheit die Morphologie, pathologische Anatomie und Therapie kurz und doch erschöpfend besprochen wird. Am Schluß des Buches befinden sich zahlreiche Photographien und histologische Bilder auch der seltensten Krankheiten. Das Buch trägt eine durchaus persönliche Note besonders dadurch, daß in ihm die langjährigen eigenen Beobachtungen und Erfahrungen des Verfassers wiedergegeben sind.

Szymanski (Warschau).

Kihn, B.: *Die Behandlung der quartären Syphilis mit akuten Infektionen.* Ihre Stellung in der Therapie, ihre Methodik und Klinik, ihre Beziehungen zur Pathologie und zum öffentlichen Leben. München 1927. J. F. Bergmann. Preis 22,50 Mk.

Verf. bringt in den Ergebnissen und Beobachtungen der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Erlangen eine außerordentlich eingehende und kritische Bearbeitung der Infektionsbehandlung der Metasyphilis mit Malaria, Rekurrens und Rattenbißinfektion. Entsprechend seiner kritischen Einstellung nehmen nach ausführlichen geschichtlichen, parasitologischen und technischen Vorbemerkungen die klinischen Verwicklungen somatischer und geistiger Art einen ungewöhnlich breiten Raum ein. Im Anschluß daran, wird die serologische Einwirkung der Behandlung sowie die Verteilung der verschiedenen klinischen Formen auf die Remissionen erörtert. Bemerkenswert ist die Warnung vor Malaria bei tabischer Optikusatrophie sowie die in Übereinstimmung mit *Nonne* sehr zurückhaltende Beurteilung der Malariatherapie bei Tabes überhaupt. Sehr eindrucksvoll ist die Schilderung der Mobilisierung einer Tuberkulose bei einem Paralytiker durch die Malariabehandlung, wobei es nach Hinzutreten einer Tuberkulinbehandlung zum Exitus kam. Die juristischen Bemerkungen über die rechtliche Stellung der Infektionstherapie als ärztlicher Methode über die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Paralytikers, seine Geschäftsfähigkeit, über Pflegschaft und Entmündigung sind bei der besonderen Berücksichtigung der malariaremittierten Paralytiker von besonderem Interesse. *Zurhelle* (Bonn).

S. Jeßner: *Die innere Behandlung von Hautleiden.* 4. Auflage. Leipzig 1927. C. Kabitzsch. Preis Mk. 2,50.

Unter der Devise „Über die Haut nicht den Menschen vergessen" soll der Dermatologe von einem einseitigen Spezialistentum bewahrt bleiben. Neben der lokalen Therapie ist deshalb bei der Behandlung von Hautkrankheiten auch die indirekte Behandlung nicht zu vernachlässigen. *Jeßner* hat in dem vorliegenden Vortrag, soweit es in den gesteckten Grenzen möglich war, die Bedeutung der Diätetik und die der internen medikamentösen Therapie eingehend gewürdigt. Unter letzterer faßt er die Chemotherapie, die spezifische Therapie mit Vakzinen und Serum, die parenterale Eiweißtherapie, die Organotherapie und die Desensibilisierungstherapie zusammen. Die Broschüre kann allen Fachkollegen, besonders den jüngeren, warm empfohlen werden.

Memmesheimer (Bonn).

Digitized by Google

Zur Syphilisbehandlung.

Der Ausschuß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft hat beschlossen, eine Umfrage über die in letzter Zeit besonders viel erörterte Frage der Einwirkung der Syphilistherapie auf die sogenannte Metasyphilis und die Aortitis zu veranstalten. Eine Kommission hat eine Erklärung ausgearbeitet und diese ist an die Ausschußmitglieder und an diejenigen Mitglieder der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, welche Ordinarien, Leiter größerer Krankenhaus-Abteilungen oder Extraordinarien sind (auch an die in Europa lebenden Nicht-Deutschen), geschickt worden. Das waren 130 Herren. Davon haben 4 sich nicht einverstanden erklärt (darunter einer mit der ausdrücklichen Bemerkung, daß er sachlich mit dem Inhalt übereinstimme, einer, weil er die Behauptungen der Gegner nicht widerlegt findet), von 6 Herren ist eine Antwort nicht erfolgt, die übrigen, d. h. 120 Herren, haben sich mit der Erklärung einverstanden erklärt.

Im Gegensatz zu der großen Mehrzahl der Syphilidologen raten jetzt einzelne Autoren immer wieder, die medikamentöse Behandlung der Syphilis einzuschränken und besonders in der sekundären Periode das Salvarsan sogar ganz zu vermeiden. Sie stützen sich dabei auf die vermeintliche Feststellung, daß die Paralyse seit der Einführung des Salvarsans zugenommen und in nichtzivilierten Ländern sich erst seitdem gezeigt oder vermehrt habe. Auch von der Aortitis wird eine durch Salvarsan bedingte Zunahme behauptet.

Demgegenüber glauben wir erklären zu müssen:

1. Für eine Vermehrung der Paralyse in zivilisierten Ländern, welche mit dem Salvarsan in Zusammenhang gebracht werden könnte, liegen keinerlei statistische Beweise vor. Einzelnen wenigen Zusammenstellungen, aus denen eine Frequenzsteigerung erschlossen werden könnte, stehen wesentlich mehr solche gegenüber, aus denen jedenfalls eine Zunahme sich nicht ergibt, sowie eine nicht geringe Zahl anderer, bei denen sogar eine mehr oder weniger beträchtliche Abnahme deutlich zu erkennen ist. Bei der großen Schwierigkeit solcher Statistiken und bei Berücksichtigung der sehr zahlreichen Paralytiker, welche überhaupt keinerlei spezifische Behandlung durchgemacht haben, ist vorerst ein zahlenmäßig sicheres Urteil über einen Zusammenhang der (an sich unregelmäßigen) Bewegung der Paralysekurve mit der Salvarsanbehandlung nicht möglich. Positive Behauptungen sind zur Zeit keinesfalls berechtigt und daraus gezogene Schlußfolgerungen voreilig. Es gibt sehr erfahrene Psychiater, welche bestimmt an einen Rückgang der Paralyse glauben. Auch die Angabe, daß speziell die unzureichende Salvarsanbehandlung die Häufigkeit der späten Nervensyphilis erhöhe, ist ganz unbewiesen. Wäre sie richtig, so müßte die Zunahme der Paralyse und Tabes schon sehr deutlich hervortreten, da in der ersten Salvarsanzeit die meisten und auch später noch viele Fälle nach unseren jetzigen Anschauungen ganz unzureichend behandelt worden sind.

Die sogenannten Neurorezidive, welche auf eine unzureichende Salvarsanzufuhr zurückgeführt werden können, sind jetzt wohl überall sehr viel seltner geworden und kommen mancherorts sogar überhaupt nicht mehr zur Beobachtung.

2. Die Angabe, daß das Auftreten oder die Vermehrung der Paralyse bei unzivilisierten Völkern durch die Einführung des Salvarsans bedingt sei, ist ebenfalls nicht bewiesen und vielfach bestritten. Die große Zahl der niemals

Digitized by Google

behandelten Paralytiker in allen Kulturländern beweist jedenfalls, daß ohne spezifische Behandlung das Zentralnervensystem sehr oft erkrankt.

3. Auch die Behauptung, daß die Aortitis infolge der Salvarsanbehandlung häufiger geworden ist, ist ganz unbewiesen. Für die Erklärung der Frequenzbewegung dieser jetzt besser erkennbar gewordenen und mehr beachteten Spätfolge der Syphilis ist die Zeit noch nicht gekommen.

4. Die ausgezeichneten Erfolge einer genügend starken Behandlung mit Salvarsan (zumal in Kombination mit Wismut oder Quecksilber) im Primärstadium werden fast allgemein anerkannt. Aber auch in der Sekundärperiode gründlich und wiederholt auf diese Weise behandelte Fälle geben nach unserer jetzt schon langjährigen Erfahrung im allgemeinen sehr gute und nach den bisher vorliegenden außerordentlich zahlreichen Beobachtungen viele Jahre anhaltende Erfolge (auch in bezug auf den Liquor). Die Annahme, daß solche Fälle häufiger Späterscheinungen am Nerven- oder Gefäßsystem aufweisen, als nicht oder „milde" behandelte, widerspricht unserer Erfahrung. Auch aus neueren klinischen Zusammenstellungen ergeben sich vielmehr so günstige Zahlen, daß in Anbetracht der zum Teil langen Nachbeobachtung eine volle Ausheilung in vielen solchen Fällen von erfahrener Seite schon jetzt angenommen wird.

Die erwähnten Autoren, welche für die Einschränkung bzw. für die Aufgabe der Salvarsanbehandlung in der Sekundärperiode eintreten, stützen sich u. a. besonders auf die Annahme, daß durch die Unterdrückung der Hautsymptome die natürlichen Immunisierungserscheinungen ungünstig beeinflußt werden. Diese Auffassung ist — für die Lues — eine rein theoretische. Der Beweis, daß durch die Anwendung des Salvarsans in der Sekundärperiode die Schutzkraft des Organismus herabgesetzt wird, ist nirgends erbracht. Die außerordentlich zahlreichen Fälle von klinisch, serologisch und im Liquor dauernd freien Patienten, die energisch in der Sekundärperiode behandelt worden sind, beweisen im Gegenteil, daß die Einwirkung unserer Spezifika, besonders des Salvarsans, sehr oft genügt, um die Immunisierungskräfte des Organismus, zum mindesten auf viele Jahre, zu ersetzen bzw. daß sie durch die Spirochätenvernichtung mehr als diese leisten.

Der Grund für diese unsere Erklärung liegt nicht darin, daß wir glauben, durch Resolutionen wissenschaftliche Fragen entscheiden zu können, auch nicht in dem Wunsche, ihre Diskussion abzudrosseln, sondern die Sorge um die Volksgesundheit zwingt uns zu diesem außergewöhnlichen Schritt.

Durch die erwähnten, oft mit großer Bestimmtheit vorgebrachten, aber nirgends irgendwie bewiesenen Behauptungen wird nicht nur Wasser auf die Mühle der Naturheilkundigen geleitet, sondern es wird auch bei manchen Ärzten und vielen Kranken eine Beunruhigung hervorgerufen, welche durch Tatsachen durchaus nicht begründet ist. Sollten solche Anschauungen (vielleicht wegen der anscheinend größeren Vorsicht oder wegen der bestechend erscheinenden theoretischen Begründung) an Boden gewinnen, so würden manche Ärzte, wenigstens zeitweise, auf den großen allgemein anerkannten Vorzug des Salvarsans verzichten, der darin besteht, daß es die ansteckenden Früherscheinungen der Syphilis schnell unterdrückt, die Übertragung auf die Nachkommenschaft verhütet und dadurch die Ausbreitung der Syphilis zweifellos verhindert.

Das Salvarsan ist — wie 1923 die Mitglieder der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft mit ganz vereinzelten Ausnahmen und 1926 etwa 50 an-

Digitized by Google

erkannte Fachärzte aus ganz Europa fast einstimmig erklärt haben — bei der selbstverständlich nötigen Vorsicht in der Anwendung und bei sorgfältiger Überwachung der Kranken ein im Vergleich zur Stärke und Bedeutung seiner Heilwirkung wenig gefährliches Mittel. Die Ärzte haben also auch weiterhin das Recht und unseres Erachtens die Pflicht, unbeirrt durch hypothetische Einwendungen, die Syphilis mit unseren wirksamsten Mitteln (Salvarsan, Wismut oder Quecksilber) möglichst früh und jedenfalls in der ganzen Frühperiode gründlichst zu behandeln. Sie werden nach unseren Erfahrungen und nach unserer festen Überzeugung damit das Beste sowohl für das Wohl der einzelnen sich ihnen anvertrauenden Kranken, als auch für die Bekämpfung der Syphilis als Volksseuche tun. Salus aegroti — aber auch salus publica — suprema lex esto!

Almkvist (Stockholm), *Arning* (Hamburg), *Arzt* (Wien), *Beck* (Pecs), *Bering* (Essen), *Bettmann* (Heidelberg), *Birnbaum* (Dortmund), *Bloch* (Zürich), *Bruck* (Altona), *Bruhns* (Charlottenburg), *Bruusgaard* (Oslo), *Cedercreutz* (Helsingfors), *Delbanco* (Hamburg), *Dind* (Lausanne), *Dinkler* (Aachen), *Dreyfus* (Frankfurt a. M.), *Fabry* (Dortmund), *Finger* (Wien), *Frei* (Breslau), *Freund* (Triest), *Frühwald* (Chemnitz), *Galewsky* (Dresden), *Gans* (Heidelberg), *Gennerich* (Kiel), *Grouven* (Halle), *Grütz* (Kiel), *Gutmann* (Wiesbaden), *Habermann* (Hamburg), *Hahn* (Bremen), *Hahn* (Hamburg), *Halberstaedter* (Berlin), *Hammer* (Stuttgart), *Hauck* (Erlangen), *Haxthausen* (Kopenhagen), *Hecht* (Prag), *Heller* (Charlottenburg), *Herxheimer* (Frankfurt a. M.), *Heuck* (München), *His* (Berlin), *Hoffmann* (Bonn a. Rh.), *Hofmann* (Frankfurt a. M.), *Hübner* (Elberfeld), *Jadassohn* (Breslau), *Jakobsthal* (Hamburg), *Jesionek* (Gießen), *Jeßner* (Breslau), *Jordan* (Moskau), *Junkermann* (Dortmund), *Justus* (Budapest), *Kerl* (Wien), *Klingmüller* (Kiel), *Kreibich* (Prag), *Kren* (Wien), *Krösing* (Stettin), *Kuznitzky* (Breslau), *Lennhoff* (Magdeburg), *Linser* (Tübingen), *Loeb* (Mannheim), *Löhe* (Berlin), *Lutz* (Basel), *Marcus* (Stockholm), *Martinotti* (Bologna), *Matzenauer* (Graz), *Mayr* (München), *Meirowsky* (Köln), *Meyer* (Bremen), *Mucha* (Wien), *Ernst Fr. Müller* (Hamburg), *Hugo Müller* (Mainz), *Rud. Müller* (Wien), *Mulzer* (Hamburg), *Naegeli* (Bern), *Nast* (Danzig), *Nathan* (Nürnberg), *Nobl* (Wien), *Notthafft* (München), *Oelze* (Leipzig), *Oppenheim* (Wien), *Pinkus* (Berlin), *Poehlmann* (München), *Polland* (Graz), *Pollio* (Turin), *Ramel* (Lausanne), *Rasch* (Kopenhagen), *Reenstierna* (Stockholm), *Riecke* (Göttingen), *Riehl* (Wien), *Rille* (Leipzig), *Ritter* (Hamburg), *Rosenthal* (Berlin), *Rost* (Freiburg), *Ruete* (Marburg), *Rusch* (Wien), *Samberger* (Prag), *Scherber* (Wien), *Schönfeld* (Greifswald), *Scholtz* (Königsberg), *Schreus* (Düsseldorf), *Siemens* (München), *Sowade* (Halle), *Spiethoff* (Jena), *Stein* (Wien), *Stern* (Düsseldorf), *Stühmer* (Münster), *Stümpke* (Hannover), *Török* (Budapest), *Truffi* (Padua), *Ullmann* (Wien), *Unna* (Hamburg), *Vogel* (Breslau), *Volk* (Wien), *Wechselmann* (Berlin), *Werther* (Dresden), *Wichmann* (Hamburg), *Winternitz* (Prag), *Wirz* (München), *Zieler* (Würzburg), *Zinsser* (Köln), *v. Zumbusch* (München), *Zurhelle* (Bonn a. Rh.).

Digitized by Google

Personalien und Tagesnachrichten.

Dr. *Alfred Marchionini* in Freiburg i. Br. hat sich für Dermatologie habilitiert, ebenso Dr. *Heinrich Hoffmann*, Oberarzt an der Univ.-Hautklinik in Tübingen.

Dr. *Karrenberg*, Assistenzarzt am städtischen Krankenhaus St. Georg in Hamburg, ist zum Sekundärarzt ernannt worden.

Prof. Dr. *Hugo Carl Plaut* ist am 18. Februar im 70. Lebensjahr gestorben. Durch seine Pilzforschungen und Arbeiten über die Plaut-Vincentsche Angina hat er sich auch um die Dermatologie besonders verdient gemacht.

Prof. *Peter Alexandrowitsch Pawlow* ist nach längerem Leiden im 72. Lebensjahr verstorben.

In *Jena* ist nunmehr auch ein *planmäßiges Ordinariat* eingerichtet worden, das dem bisherigen persönlichen Ordinarius, Herrn Prof. Dr. *Spiethoff* übertragen worden ist. Von *23 reichsdeutschen Professuren* für Haut- und Geschlechtskrankheiten sind nunmehr *17 planmäßig*, während 6, davon 5 in Preußen (Greifswald, Halle, Kiel, Königsberg, Marburg), und eine im übrigen Deutschland (Erlangen) noch kein planmäßiges, sondern nur ein persönliches Ordinariat besitzen.

Die Univ.-Hautklinik in Münster i. W. (Direktor Prof. *Stühmer*) wurde am 18. Februar 1928 feierlich eingeweiht.

Unter dem Namen *Endokrinologie* wird als Zentralblatt für das Gebiet der innern Sekretion und Konstitutionsforschung eine neue Zeitschrift von *L. Asher*, Bern und *A. Biedl*, Prag und *H. Günther*, Leipzig im Verlag J. A. Barth, Leipzig herausgegeben, welche in monatlichen Heften das gesamte Gebiet in Originalien und Referaten zur Darstellung bringen soll.

Unter der Schriftleitung von *C. J. Gauß*, Würzburg, *Herm. Wieland*, Heidelberg und *E. v. d. Porten*, Hamburg ist im Verlage von Wilh. Kurt Kabitzsch, Würzburg eine neue Zeitschrift „*Der Schmerz*" erschienen, die sich als Deutsche Zeitschrift zur Erforschung des Schmerzes und seiner Bekämpfung, zugleich Zentralorgan für Narkose und Anästhesie bezeichnet. Von Dermatologen ist Prof. *Zieler*, Würzburg Mitherausgeber.

Riedels Mentor 1928 Idra-Verlag, Berlin-Britz. Als zweite Fortsetzung des wertvollen im Jahre 1926 herausgegebenen Sammelbandes erscheint dieser Nachtrag, der die letzten Neuerscheinungen berücksichtigt.

Digitized by Google

I.

(Aus der Hautklinik der kgl. ital. Universität in Palermo
[Direktor: Prof. *Philippson*].)

Die Serodiagnose der Syphilis mit aktiven Seren.

Von

Dr. LEOPOLD BERETVÀS.

1.

In einer früheren Arbeit beschrieb ich eine neue Technik der Hechtschen Reaktion (H.R.). Diese Technik baut sich auf dem sehr genauen Studium der hämolytischen Kraft der einzelnen Seren auf. Auf Grund der ersten Ergebnisse konnte ich bereits in dieser Arbeit der Meinung Ausdruck geben, daß die H.R., angestellt mit meiner Technik, die Wa.R. ersetzen kann. Inzwischen wurde eine beträchtliche Zahl von Seren nach dieser Methode untersucht, und da die Resultate mich in meiner früher ausgesprochenen Meinung nur bestärken, will ich diesmal auf die Besprechung der Resultate genauer eingehen. Vorher möchte ich es aber nicht unterlassen, auf gewisse, zum Teil bereits in meiner früheren Arbeit beleuchteten Einzelheiten hinzuweisen.

2.

Der Zweck, den *H.* seinerzeit mit seiner Reaktion befolgte, war die Vereinfachung der Wa.R. Während wir in dieser — so sagte der Autor — dem inaktivierten Serum noch frisches Meerschweinchenserum und hämolytischen Ambozeptor hinzufügen müssen, enthält das frische menschliche Serum selbst diese beiden Faktoren der Hämolyse, und wir haben der Hauptprobe nur Hammelblut hinzuzufügen, um das Verschwinden oder noch Vorhandensein des Komplementes festzustellen. Zweifellos also eine bedeutend einfachere Technik und Materialersparnis.

Hierzu möchte ich nur bemerken, daß man, wie dies aus dem folgenden hervorgeht, die H.R. nicht so ohne weiteres eine Vereinfachung der Wa.R. nennen kann. Was das Prinzip der H.R. anbelangt, so ist hervorzuheben, daß selbes ein anderes ist als dasjenige, das der Wa.R. zugrunde liegt. Es handelt sich hier nicht allein um die Fixation des Komplementes, sondern um eine Reaktion, welche die hämolytische individuelle Kraft des Serums zum Indikator hat, in der aber das frische Serum auch mit allen anderen seinen Eigenschaften teilnimmt, die wir gar nicht kennen, die aber in der Reaktion zum Ausdruck kommen.

Die Inaktivation hat eben zur Aufgabe die Nivellierung der Seren, wodurch erst ein Teil der individuellen Serumeigenschaften ausgeschaltet wird

Digitized by Google

und ein mehr schematisches Arbeiten nach der Technik der Wa.R.. ermöglicht wird. Daß das Serum trotz der Inaktivation außer der uns vom Standpunkte der Syphilisdiagnose interessierenden Qualitäten noch andere individuelle Eigenschaften bewahrt, die auch ihren Teil an dem Ausgang der Reaktion haben, ist freilich nicht gleich beachtet worden, und wird oft auch heute noch nicht berücksichtigt. Ich meine in erster Reihe die Eigenschaften des Serums, die ihre individuelle antikomplementare Eigenschaft zur Folge haben.

Die genaue Kenntnis dieser Serumeigenschaft hat sicherlich dazu beigetragen, daß Wassermann eine Originaltechnik für seine Reaktion angab, bei der diese Eigenschaft eben nicht zum Ausdruck kam. Aus denselben Gründen war er konsequenter Gegner der verschärften Methoden und des Arbeitens mit aktiven Seren. Die ersten Resultate der H.R., ausgeführt nach den ersten Angaben ihres Autors, waren freilich nicht geeignet, eine andere Meinung aufkommen zu lassen.

3.

So kam es nun, daß die H.R. in Deutschland und Italien wenig Anhänger fand, und man im allgemeinen der Meinung war, daß das frische menschliche Serum nicht geeignet sei zu serodiagnostischen Zwecken der Syphilis.

Mehr Glück hatte die H.R. in Frankreich, aber auch hier war sie nur ausgeführt neben der Wa.R., da man nicht selten positiven Ausfall hatte mit normalen Seren, was dazu führte, daß ein schwach positives Ergebnis mit dieser Reaktion nicht ohne weiteres verwertbar war.

Hecht selbst war der Meinung, diese schwache Seite der Reaktion mit in Kauf nehmen zu müssen, und betonte demgegenüber gewisse Vorteile der Reaktion. So besonders den großen Wert der negativen Ergebnisse. Eine negative H.R. neben einer schwach positiven Wa.R. in einem Serum mit unklarer Anamnese sollte nämlich mit voller Sicherheit die Syphilis ausschließen. In demselben Sinne äußerten sich *Rubinstein, Weinberg, Bettancourt.* Andererseits bestätigt eine stark positive H.R. eine zweifelhafte Wa.R. Auch ist die H.R. ein empfindlicherer Indikator während einer antisyphilitischen Kur, weil sie in der Primärsyphilis früher ins Positive umschlägt als die Wa.R., und unter der Wirkung der Kur später verschwindet.

Hierzu wäre vorerst zu bemerken, daß die Resultate der Wa.R. sowie auch diejenigen der H.R. das Ergebnis einer rein empirischen Einstellung der einzelnen Faktoren sind. Tatsächlich führt aber die meistens geübte scharfe Einstellung der Wa.R. mit den hohen antikomplementären Gebrauchsdosen der Extrakte häufig zu zweifelhaften Resultaten. Wenn man nun dieselben Seren auch mit H.R. untersucht — sei es auch nach der letzten Modifikation ihres Autors —, bekommt man fast

Digitized by Google

immer ein noch stärkeres positives Ergebnis, so daß es als Regel gelten kann, daß, wenn ein normales Serum sich schwach positiv zeigt in der Wa.R., es ein deutliches positives Resultat gibt in der H.R. Auf diese Weise führt die H.R. häufig dazu, uns in einer falschen serologischen Diagnose zu bestärken, und kaum dazu, daß wir auf Grund einer negativen H.R. eine unspezifische Wa.R. als solche erkennen.

Ich kann also nicht die Meinung *Hechts* u. a. teilen, über die oben erwähnten vermeintlichen Vorteile der H.R., auch schon deshalb nicht, weil wir in der Wa.R. selbst eine Methode in der Hand haben, die uns diesen Dienst leisten kann, d. h. alle syphilitischen Seren anzuzeigen mit einem gewissen Prozentsatz unspezifischer Reaktion. Dazu bedürfen wir also nicht einer besonderen Methode. Es genügt, die Wa.R. mit zwei Extraktdosen auszuführen, wovon die eine die Hälfte der bereits antikomplementären Menge nicht überschreiten darf und zur Untersuchung von Seren dienen soll, die wir eventuell als syphilitische diagnostizieren, ohne außer dem serologischen Befunde andere Stützpunkte für ihre Krankheit zu haben. Die Seren hingegen von bekannt syphilitischer Herkunft, vorerst also von Individuen, die in Behandlung stehen, können mit einer höheren Extraktmenge untersucht werden. Bekommt man nach einer Kur auch mit dieser größeren Menge ein negatives Ergebnis, so ist das gewiß ein gutes Zeichen. Zur Untersuchung unbekannter Seren kann aber diese Extraktmenge nicht gebraucht werden.

4.

Obzwar es nicht an Autoren gefehlt hat (*Brückner, Galasesco, König, Werther, Demanche-Ménard, Gelarie* usw., siehe Literaturverzeichnis bei *Hecht*, Derm. Wschr. 1922), die bedingungslose Anhänger der H.R. sind, gibt es deren nicht wenige, besonders in Deutschland und Italien, die sie nicht angewendet wissen wollen oder höchstens neben der Wa.R. (*Donald, Höhne, Kolb* usw.).

Pasini erklärt zwar die H.R. noch als die beste unter den Modifikationen der Wa.R., sagt aber im allgemeinen, daß die Modifikationen der Wa.R. an Exaktheit verlieren, was sie an Einfachheit gewinnen.

Günstiger urteilen *Radaeli* und *Burzi* über die Reaktion.

Derjenige übrigens, der am wenigstens mit der H.R. zufrieden war, war gerade ihr Autor. Er schlug zahlreiche Änderungen der Technik vor, auch nahm er die geeigneten Besserungsvorschläge anderer an. Es war da vorerst die Modifikation nach *Weinberg*, weshalb auch die Reaktion häufig den Namen *Hecht-Weinberg* trägt, die einen bedeutenden Fortschritt in der Technik der H.R. bedeutete.

Weinberg übernimmt es aber nicht, mit der H.R. allein jedes Serum untersuchen zu können. Und gerade da liegt der schwache Punkt seiner Technik. Es gibt nämlich meiner Erfahrung nach eine nicht unerhebliche Zahl von Seren, deren eventuelles positives Resultat nach dieser Technik nicht verwertbar wäre, weil ihre hämolytische Kraft nicht den speziellen Bedingungen der Weinbergschen Technik entspräche.

Erwähnen möchte ich schließlich die Technik nach *Muttermilch*, wonach heute im Pasteurschen Institut in Paris und somit wohl in ganz Frankreich gearbeitet wird. Nach dieser Technik wird ein jedes Serum mit 0,30—0,60—0,90

Digitized by Google

von Hammelblutkörperchen untersucht, und soll man für die Hauptprobe den dritten Teil oder höchstens die Hälfte der nach 1½ Stunden gelösten Blutkörperchenmenge anwenden. Die Hauptprobe wird in 30—40 Minuten nach Hinzufügung der Blutkörperchen abgelesen.

5.

Es waren nun zweifelsohne in erster Linie die unspezifischen Reaktionen, die die Autoren zu einer Verbesserung der H.R. anregten. *Weinberg, Muttermilch, Radaeli* schreiten zu diesem Zwecke in sehr richtiger Weise zum genaueren Studium der hämolytischen Kraft des einzelnen Serums. Wenn diese Autoren trotzdem noch eine nicht unerhebliche Zahl unspezifischer positiver Reaktionen erhalten, so ist meiner Ansicht nach der Grund dafür, daß sie sich — wie dies übrigens bei den gewöhnlich befolgten Techniken auch der Wa.R. üblich ist — darauf beschränken, die Ablesungen der Resultate so der Titrierungen, wie der Hauptproben nach einer bestimmten Zeit vorzunehmen, ohne Gewicht darauf zu legen, die wirklichen Lösungszeiten zu erfahren. Und doch ist es nur durch die Kenntnis dieser Daten möglich, einen eigentlichen Einblick in das Individuelle der hämolytischen Kraft zu bekommen und die nicht spezifischen Reaktionen zu vermeiden.

Ein Beispiel soll besser als Worte die Bedeutung beleuchten, die wir der fortlaufenden Beobachtung der Hämolyse zuschreiben. Zwei Seren wurden in je sechs Röhrchen in der jeweiligen Menge von 0,20 ccm mit aufsteigenden Mengen von Blutkörperchen versetzt, der Vorgang der Hämolyse durch die Glastür des von innen beleuchteten Thermostaten durch eine halbe Stunde fortlaufend beobachtet und die einzelnen Lösungszeiten aufgezeichnet.

Rote Blutkörper. ccm	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7
Serum A. (0,20) löst in	2′ 30″	3′ 30″	4′ 30″	5′ 30″	7′	8′
Serum B. (0,20) löst in	6′	9′	12′	16′	26′	partielle Hämolyse

Es ist ohne weiteres klar, daß, wenn man die Ablesung nach einer vorher bestimmten Zeit vornimmt, z. B. nach einer Stunde, die beiden oben untersuchten Seren keinen Unterschied in ihrer hämolytischen Kraft zeigen werden, da man zu diesem Zeitpunkt in allen Röhrchen beider Seren Hämolyse vorfinden wird. Wendet man nun auf Grund dieses Resultates in der Hauptprobe dieselbe Menge Blutkörperchen für die beiden Seren an, so werden diese Seren, die eigentlich eine sehr verschiedene hämolytische Kraft haben, vor eine ungleiche Aufgabe gestellt, die im Falle des Serums B zu einer Hemmung der Hämolyse führen kann, auch wenn Serum B ein normales Serum ist.

Die Erkenntnis der großen Bedeutung dieser Verhältnisse hat mich eben dazu geführt, systematisch in der eben angegebenen Weise den Vorgang der Hämolyse fortlaufend zu beobachten, und ich bin schließlich auf Grund der Resultate dazu gekommen, die Seren je nach ihrer hämolytischen Kraft in vier Gruppen einzuteilen:

Digitized by Google

1. Seren, die in einer halben Stunde in der Quantität von 0,20 ccm, 0,50 ccm oder noch mehr Blutkörperchen zu lösen vermögen;
2. Seren, die höchstens 0,40 oder 0,30 ccm Blutkörperchen zu lösen vermögen;
3. Seren, für die die höchste auflösbare Blutkörperchenmenge 0,20 ccm ist;
4. Seren, die gar keine hämolytische Kraft besitzen.

6.

Die Möglichkeit der unspezifischen Resultate, verursacht durch die übliche Ablesung der Hämolyse in der Titrierung nach einem festgesetzten Zeitpunkt, wird dann noch erhöht durch die auf derselben Art vorgenommene Ablesung der Hauptproben. Bei dieser Ablesung werden ohne weiteres als positiv erklärt alle diejenigen Seren, deren Hauptproben nicht gelöst hat, wenn bloß im Moment der Ablesung die Kontrolle des betreffenden Serums gelöst hatte. Hierbei wird die Möglichkeit außer Acht gelassen, daß eventuell die Hämolyse in der Serumkontrolle erst wenige Minuten vor der Ablesung zu Ende gehen konnte, und diese schwache hämolytische Kraft des Serums eine durch Syphilis bedingte Hemmung in der Hauptprobe vortäuschen kann, wozu noch die wenn auch noch so geringe antikomplementäre Wirkung des Extraktes auch beiträgt.

Andererseits können der Ablesung schwache Hemmungen entgehen, die aber tatsächlich durch die Syphilis bedingt sind. Und dies im Falle eines Serums mit starker hämolytischer Kraft. In Kontrollröhrchen dieser Seren stellt sich dann die Lösung ein, wenige Minuten, nachdem selbige in dem Thermostaten gewesen sind, während die Hauptprobe sehr verzögert nachlöst, aber noch genügend rasch, um daß diese Verzögerung bei der Ablesung nicht mehr bemerkbar sei, so daß das Serum als negativ verbucht wird.

7.

Der Weg, der uns zwischen Szylla und Charybdis durchführt, ist derselbe, der von meinem Chef, Prof. *Phillipson*, in seiner Modifikation der Wa.R. gegangen wurde. Nach dieser Technik nehmen wir die Ablesung nicht zu einem für allemal festgesetzten Zeitpunkt vor, sondern betrachten fortlaufend den Vorgang der Lösung und zeichnen auf die Zeit, welche die Serumkontrolle einerseits, die Hauptprobe anderseits zur Lösung brauchen. Das Gegenüberstellen dieser beiden Zeiten wird es uns ermöglichen, eine eventuelle Hemmung der Reaktion als abhängig von der schwachen hämolytischen Kraft des betreffenden Serums zu erkennen, auch bekommen wir auf diese Weise ein Maß der Reaktionsstärke der syphilitischen Seren in die Hand.

Digitized by Google

Ausgehend von diesem Prinzip gestaltet sich die Technik der H.R. wie folgt:

Das Serum wird benutzt in der Menge von 0,20 ccm, vier Röhrchen dienen zur Titrierung der hämolytischen Kraft, eines für die Hauptprobe, eines für die Serumkontrolle. Dem Serum in den ersten beiden Röhrchen werden je 0,80 ccm phys. Kochsalzlösung hinzugefügt, und selbe auf eine halbe Stunde in den Thermostaten gestellt. Nachher werden steigende Mengen (0,20—0,50) Hammelblutkörperchen hinzugesetzt, und die Lösung wird beobachtet, indem man die Zeit aufzeichnet, in der die Lösung in den einzelnen Röhrchen sich eingestellt hat, um auf diese Weise die Menge der Blutkörperchen festzustellen, welche in der Hauptprobe angewendet werden sollen, und die verschieden sein wird, je nach der Gruppe, welcher das Serum angehört.

1. Der Blutkörperchentiter der zur ersten Gruppe gehörenden Seren wird 0,30 ccm sein. Im Falle eines hohe hämolytische Kraft besitzenden Serums, das auch 0,50 ccm Blutkörperchen in sehr kurzer Zeit löst, muß die Titrierung der hämolytischen Kraft des betreffenden Serums auch mit 0,60 und 0,70 ccm Blutkörperchen durchgeführt werden, und wenn auch diese Mengen in regelmäßigen Zeitabständen gelöst werden, so wird die Hauptprobe dieses Serums mit 0,40 resp. 0,50 ccm Blutkörperchen angesetzt.

Überhaupt ist es selbstverständlich, die hier angegebene Technik nur als Richtlinie aufzufassen, und es entspricht durchaus den Prinzipien dieser Technik, wenn man für die Titrierung der hämolytischen Kraft systematisch mehr als vier Röhrchen anwendet, indem man das Serum auch mit 0,60 und mehr Blutkörperchen auf seine hämolytische Fähigkeit untersucht. Der so gewonnene Einblick in die hämolytische Kraft des Serums wird dadurch nur lehrreicher und die Sicherheit in der Auswahl der für die Hauptprobe anzuwendenden Blutkörperchen größer.

2. Die Seren, die 0,40 ccm Blutkörperchen als Höchstmenge lösen, werden in der Hauptprobe mit 0,20 ccm angesetzt.

3. Die Seren, die nicht mehr als 0,30 ccm Blutkörperchen innerhalb einer halben Stunde zu lösen imstande sind, werden in der Hauptprobe mit 0,10 ccm Blutkörperchen untersucht.

4. Die Seren, welche eine noch geringere oder überhaupt keine hämolytische Fähigkeit besitzen, werden mit einem der ersten Gruppe angehörendem normalen Serum in der Menge von 0,20 ccm versetzt. Nach vorgenommener Titrierung wird nun die Hauptprobe mit ihrer Kontrolle angesetzt. In der Hauptprobe wird dem Serum (0,20) phys. Kochsalzlösung (0,30) hinzugefügt und die Gebrauchsdosis des Extraktes in 0,50 ccm Flüssigkeitsmenge. Im Kontrollröhrchen werden dem Serum nur phys. Kochsalzlösung (0,80 ccm) zugesetzt.

Nach halbstündigem Aufenthalt in Thermostat fügt man den beiden Röhrchen die Menge an roten Blutkörperchen zu, welche die vorangehende Titrierung der hämolytischen Kraft des betreffenden Serums ergeben hat, mischt und beobachtet die Hämolyse.

Die normalen Seren, deren Lösungswerte in der Vorprobe durch nahe aufeinander folgende Ziffern gegeben sind, lösen in der Hauptprobe mit einer leichten Verzögerung, die nie bis zur zweifachen geht, im Vergleiche zur Lösungszeit des eigenen Kontrollröhrchens. Die syphilitischen Seren hingegen lösen überhaupt nicht oder mit einer Verzögerung, die über das Doppelte der Lösungszeit des Kontrollröhrchens geht. Falls aber die Lösungszeiten des betreffenden Serums in der hämolytischen Vorprobe mit längeren Intervallen

Digitized by Google

aufeinander folgen, so dient als Maßstab die Zeit, welche das Serum zur Lösung der höchsten gelösten Blutkörperchenmenge gebrauchte. Und zwar handelt es sich um ein Serum der ersten Gruppe, so richtet man sich nach der Lösungszeit, welche das Serum benötigte, um 0,50 ccm Blutkörperchen zu lösen. Überschreitet die Lösungszeit der Hauptprobe die Lösungszeit von 0,50 ccm Blutkörperchen, so ist das Serum syphilitisch. Ähnlich geht man vor mit den Seren der zweiten resp. dritten Gruppe, indem man sich nach der Lösungszeit der Hauptprobe von 0,40 resp. 0,30 ccm Blutkörperchen richtet.

Die Titrierung des Extraktes wird natürlich nach ganz anderen Gesichtspunkten durchgeführt wie in der Wa.R., wo man nur die antikomplementäre Menge des Extraktes festzustellen hat, um die Gebrauchsdosis bestimmen zu können, da doch die Komplementmenge immer dieselbe bleibt. In der H.R. müssen hingegen Proben angesetzt werden mit den verschiedenen Serumtypen, und die Gebrauchsdosis des Extraktes muß so gering gewählt werden, daß selbe keine Hemmungen gebe mit normalen Seren, die schwache hämolytische Kraft besitzen, aber doch genug hoch sei, um die syphilitischen Seren anzuzeigen, die starke hämolytische Kraft besitzen.

8.

Ich bin mir wohl bewußt, daß die somit geschilderte Technik auf den ersten Blick den Schein hat, kompliziert zu sein. Sie ist es aber nicht, nur fordert selbige das geduldige Studium der einzelnen Seren und schließt ein schematisches Arbeiten aus. Daß es dadurch schwierig wird, eine große Anzahl von Seren gleichzeitig zu untersuchen, will ich ohne weiteres zugeben, ich muß aber auch gleich hinzufügen, daß ich es nie recht verstanden habe, wie dies überhaupt möglich sei. Die Untersuchung eines Serums fordert genau so wie die Krankenuntersuchung Geduld und Liebe zum Objekt und individuelles Vorgehen, was übrigens auch nur möglich ist, wenn man den Kranken selbst kennt. Man wird doch zugeben müssen, daß dies bei der Untersuchung von 100 und mehr Seren, wie man dies in den Angaben einzelner großer Laborationen liest, unmöglich ist. Die Folge ist schematisches Arbeiten, ja, man trachtet geradezu nach den Möglichkeiten der schematischen Arbeit. Und daß dies seine gesetzmäßigen üblen Folgen haben muß, dafür besteht für mich kein Zweifel.

9.

Die praktische Anwendung der H. R. probierte ich aus an Seren, die zugleich mit der Wa.R. und Meinickes Trübungsreaktion (M.T.R.) untersucht wurden. Die M.T.R. ist ohne Zweifel die gelungenste unter den Flockungsreaktionen. Dafür sprechen die Resultate zahlreicher Forscher und auch meine eigene Erfahrung. Dies war auch einer der Gründe, die mich zum Studium der H.R. bewegt haben. Wenn die M.T.R., die

Digitized by Google

ebenfalls mit aktiven Seren arbeitet, sich praktisch so gut bewähren konnte — so sagte ich mir —, konnte man doch nicht recht weiter Vorurteil hegen gegen das Arbeiten mit frischen Seren.

Andererseits dachte ich an die Möglichkeit, die vom Fehler der häufigen Unspezifität befreite H.R. neben der M.T.R. auszuführen, und schwebte mir somit vor, eine *Serodiagnostik der Syphilis ausschließlich mit aktiven Seren.*

Es wurden 2307 Seren zugleich mit der H.R., der M.T.R. und Wa.R. untersucht.

Diese Seren verteilen sich wie folgt: Primäraffekte 60; frische sek. Syphilis 37; spätere sek. Syphilis 19; tertiäre Syphilis 86; hereditäre Syphilis 14; latente Syphilis 1224; Tabes 10; Paralysis progr. 8; nicht syphilitische Seren 849.

Die Resultate habe ich der leichteren Übersicht halber in einer Tabelle zusammengestellt.

									Gesamtzahl
H.R.	+	+	+	+	—	—	—	—	
M.T.R.	+	—	+	—	+	+	—	—	
Wa.R.	+	—	—	+	—	+	+	—	
Primäraffekt	19	6	10	2	5	6	0	12	60
Frische sek. Syph.	33	1	1	0	2	0	0	0	37
Späte sek. Syph.	17	0	0	1	1	0	0	0	19
Tertiäre Syphilis	57	7	5	2	4	3	2	6	86
Hered. Syphilis	8	3	2	0	1	0	0	0	14
Latente Syphilis	206	60	105	17	126	24	21	665	1224
Tabes	0	1	3	1	0	0	1	4	10
Progr. Paralyse	6	0	1	1	0	0	0	0	8
Nicht syph. Seren	1	4	0	1	4	0	0	0	849

Um die wenigen unspezifischen Resultate vorwegzunehmen, handelte es sich in dem Falle, wo alle drei Reaktionen ein positives Ergebnis lieferten, um Malaria. In den anderen Fällen konnte man keinen Anhaltspunkt für Syphilis finden. Hinzufügen muß ich aber, daß alle diese unspezifischen Befunde sich unter den Resultaten der allererst angeführten Reaktionen befinden, während die letzt untersuchten 700 nicht syphilitischen Seren alle negativ ausfielen.

Besonders hinweisen möchte ich dann auf die Resultate der primären Syphilis, und zwar auf die Tatsache, daß die Wa.R. in keinem Falle die einzige positive Reaktion war, was dann auch mit der anderen Tatsache parallel ging, daß die Wa.R. die meisten negativen Resultate gab. Eine allzugroße diagnostische Bedeutung hat ja dies allerdings nicht, denn die Diagnose auf Primäraffekt wird ja entweder schon klinisch oder auf Grund

Digitized by Google

des Dunkelfeldbefundes gestellt, und ist der serologische Befund der Primärsyphilis eher für die Therapie wichtig.

Zur eigentlichen Beurteilung des diagnostischen Wertes einer serologischen Untersuchung der Syphilis eignen sich hingegen am besten die Befunde der latenten Syphilis. Daß eine serodiagnostische Reaktion der Syphilis, die diesen Namen verdienen soll, einen jeden oder fast jeden Fall frischer sekundärer Syphilis anzeigen muß und möglichst keine unspezifischen positiven Befunde liefern darf, das muß nicht noch besonders hervorgehoben werden.

Wie aus der obigen Tabelle hervorgeht, hätte die alleinige Ausführung der Wa.R. 21,8 % diejenige der H.R. 31,6 % und diejenige der M.T.R. 37,6 % positive Ergebnisse in der latenten Syphilis geliefert, was also bedeutet, daß die M.T.R. die meisten, die Wa.R. die wenigsten positiven Resultate gab. Die Nichtausführung der H.R. und der M.T.R. hätte auf die Gesamtzahl der positiven Resultate der latenten Syphilis bezogen, 52,5 % weniger positive Resultate zur Folge gehabt. Da andererseits die positiven Resultate, die *allein* durch die Wa.R. geliefert wurden, 1,7 % ausmachen, auf die Gesamtzahl der latent syphilitischen Seren berechnet und 3,7 % der positiven Ergebnisse bei diesen Seren ausmachen, während die Ziffern betreffend die H.R. bzw. die M.T.R. 4,9 % und 10,7 % bzw. 10,2 % und 22,5 % sind, so glaube ich, folgenden *Schluß* ziehen zu können:

Die mit unserer Technik ausgeführte H.R. liefert eine größere Zahl positiver Ergebnisse in der latenten Syphilis als die Wa.R.

Da man es in der Hand hat, dem eventuellen ungenügenden oder fehlenden hämolytischen Vermögen einzelner Seren nachzuhelfen, kann ein jedes Serum mit der H.R. untersucht werden, die demnach die Wa.R. ersetzen kann. Soll dann noch der Vorteil der oben angedeuteten Methode einer Serodiagnose der Syphilis mit ausschließlich frischen Seren erwogen werden, so muß man auf die Frage antworten, ob die M.T.R., welche die meisten positiven Ergebnisse geliefert hat, vorteilhaft mit der Wa.R. kombiniert wird, oder eine Kombination mit der Wa.R. vorzuziehen wäre. Warum ich die Frage so stelle, ist ohne weiteres klar. Wenn ich nur eine der hier besprochenen Reaktionen anwenden soll, so wähle ich unbedingt die M.T.R. Soll ich deren zwei ausführen, so muß ich wählen zwischen der Wa.R. und der H.R. Natürlich kann man mir einwenden, warum denn nicht alle drei ausführen. Selbstverständlich kann man das. Man kann

Digitized by Google

aber mit dieser Denkweise auch fünf und mehr Methoden immer zugleich ausführen, und immer werden sich einzelne Seren finden, die nur durch eine der angewendeten Methoden als syphilitisch angezeigt werden. Ich glaube kaum, daß dies der Mühe und der Zeit wert ist.

Wenn ich also die H.R. und die M.T.R. anwende, so erfasse ich damit 96,3% aller positiven Resultate, die man durch die Anstellung der drei Reaktionen bekommt, wie dies übrigens aus der oben ausgeführten Zahl hervorgeht (3,7%), die den Anteil der Wa.R. an den positiven Ergebnissen angibt. Mit der Kombination Wa.R. und M.T.R. erfasse ich dagegen nur 89,3% der positiven Resultate, die alle drei Reaktionen liefern, weil der Anteil der H.R. 10,7% ist.

Wenn man also nach meinen Ergebnissen an latent syphilitischen Seren, auf 1,7% positive Reaktionen bezogen, auf alle latenten Seren verzichtet, kann man die Serodiagnose der Syphilis auf die Ausführung der H.R. und der M.T.R. beschränken, und kann man sich von der kostspieligen und komplizierten Wa.R. losmachen.

November 1927.

Literatur.

Beretvas, Studii sulla reazione di Hecht. Riv. di Patologia sperimentale. Vol. I. p. 165. — *Hecht*, Eine Vereinfachung der Komplementbindungsreaktion bei Syphilis. Wiener kl. Wschr. 1908. Nr. 50. — *Derselbe*, Eine Vereinfachung usw. Ibidem. 1909. Nr. 10. — *Derselbe*, Zur Technik der Seroreaktion bei Syphilis. Ztschr. f. Immunitätsforsch. Orig.-Bd. 5. S. 572. — *Derselbe*, Meine Aktivmethode der Wa.R. bei Syph. Derm. Wschr. 1922. Nr. 13. S. 300. — *Derselbe*, Zur Technik meiner Aktivmethode der Seroreaktion bei Syphilis. D. med. Wschr. 1924. Nr. 40. — *Pasini*, La Wa.R. considerata specialmente dal punto di vista del suo valore clinico nella sifilide. Giorn. Ital. di Mal. Ven. 1914. p. 109. — *Radaeli*, Il metodo di Hecht e la reaz. di Sachs-Georgi in confronto alla Wassermann originale nella diagnosi della sifilide. Ibidem. 1921. p. 506. — *Derselbe*, Sul metodo di Hecht nella sierodiagnosi della sifilide. Ibidem. 1924. p. 1140. — *Burzi*, Osservazioni e note sulle reaz. di Wassermann nella lue e su alcune sue principali modificazioni. Ibidem. 1913. p. 629. — *Weinberg*, Technique rationelle de la réaction de fixation. Ann. de l'Ins. Pasteur. 1912. p. 424. — *Muttermilch*, La technique de sérodiagnostic de la syphilis actuellement employée à l'Inst. Pasteur à Paris. Ibidem. 1924. p. 827. — *Philippson*, Osservazioni intorno alla R.W. nella sifilide. Policlinico. 1914. Sez. med. p. 20. — *Cuccia*, La R.W. impostata a tempo. Policlinico. Sez. prat. 1921. p. 722. — *Beretvàs*, Sul metodo di Philippson e quello di Kaup per la prova della fissazione del complemento nella sifilide. Arch. di Patol. Clin. med. Vol. II. fasc. I. — *Derselbe*, La M.T.R. con sieri attivi ed estratti balsamizzati. Policlinico. Sez. Med. 1925. p. 465.

Digitized by Google

II.

Die biologische Bedeutung des Fibrins für den erkrankten Organismus, mit besonderer Berücksichtigung der Hauterkrankungen[1]).

Von

Dr. S. BERGEL.

Wenn ich heute über die biologische Bedeutung des Fibrins mit besonderer Berücksichtigung der Erkrankungen der Haut spreche, so beabsichtige ich nicht, alle diejenigen Hautkrankheiten einzeln aufzuzählen, bei welchen das Fibrin als anatomischer Befund irgendwie eine Rolle spielt, sondern mir kommt es wesentlich darauf an, die biologisch-funktionelle Bedeutung, die dem Fibrin in der Pathologie besonders der entzündlichen Hautkrankheiten in hervorragendem Maße zukommt, die aber selbst in den neuesten Werken überhaupt nicht erkannt und gewürdigt ist, ins rechte Licht zu rücken und auf die Konsequenzen hinzuweisen, die sich aus der Erkenntnis der wichtigen Rolle des Fibrins nicht bloß in theoretisch-wissenschaftlicher, sondern auch in praktisch-therapeutischer Beziehung ergeben. Ich möchte auf Grund pathologisch-anatomischer Befunde, tierexperimenteller und bakteriologischer Untersuchungen zeigen, daß das Fibrin nicht, wie man annahm, lediglich ein Krankheitsprodukt ist, das dem Organismus schädlich ist und die Heilung stört, daß folglich die fibrinösen Abscheidungen prinzipiell bekämpft und beseitigt werden müssen, sondern daß ebenso wie die seröse, so auch die fibrinöse Entzündung, letztere vielleicht sogar in noch höherem Maße, als ein Schutz- und Heilmittel des Körpers bewertet werden muß, auch wenn es ein Krankheitszeichen ist.

Um ein richtiges Verständnis der Bedeutung des Fibrins zu gewinnen, müssen wir von dem Erscheinungskomplex ausgehen, den wir unter dem Namen „Entzündung" zusammenzufassen pflegen. Dieser Begriff ist neben dem des „Fiebers" wohl der

[1]) Vortrag in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft, gehalten am 13. Dezember 1927.

Digitized by Google

älteste, weil augenfälligste, in der Medizin, aber trotzdem auch heute noch in seiner Deutung und Umgrenzung ein sehr umstrittener.

Im Rahmen des heutigen Vortrages ist es allerdings nicht möglich, genauer darauf einzugehen, ich möchte daher auf die kurze Darstellung der „Biologie der Entzündung" verweisen, die ich 1925 in Nr. 35 der Klinischen Wochenschrift gegeben habe, und hier nur zusammenfassend erwähnen, daß wir zu dem Ergebnis gekommen sind, daß innerhalb der komplexen Reaktionserscheinungen, die das Symptomenbild der „Entzündung" zusammensetzen, ein ausgesprochenes Prinzip der Arbeitsteilung herrscht, weil jede ihrer einzelnen Komponenten nur bestimmte, durch ihre physiologischen Eigenschaften bedingte Funktionen zu verrichten imstande ist. Das Serum hat andere Fähigkeiten wie die weißen Blutkörperchen, die untereinander wieder differente biologische Funktionen besitzen, und das Fibrin hat wieder andere Eigenschaften, auf die wir nachher kurz eingehen wollen. Infolgedessen treten je nach der Verschiedenartigkeit des Entzündungsreizes auch verschiedene geformte und ungeformte Reaktionsstoffe des Körpers auf, und erst aus ihrem geordneten, dem jeweiligen Krankheitserreger entsprechend angepaßten Zusammenwirken resultiert die biologische Gesamtleistung des Entzündungsphänomens.

Um das Gesagte an dem Beispiel einiger entzündlicher Erkrankungen der Haut verständlich zu machen, und gleichzeitig die Vorzüge dieser ätiologischen und biologisch-funktionellen Betrachtungsweise gegenüber der bisherigen rein symptomatisch-anatomischen Beschreibung zu kennzeichnen, möchte ich kurz auf folgendes hinweisen.

Bei den gewöhnlichen, wesentlich eiweißartigen Eitererregern, den Staphylo- und Streptokokken tritt reaktiv eine Ansammlung von polymorphkernigen Leukozyten auf, weil diese infolge ihres proteolytischen Fermentes ihren Abbau bewirken können, während bei den Krankheiten, deren Erreger fetthaltig sind, bei der Tuberkulose, Syphilis, Lepra usw. in den entzündlichen Krankheitsprodukten vorwiegend lymphozytäre, also fettspaltende Reaktionszellen auftreten, von denen wir nachweisen konnten, daß sie einen auflösenden Einfluß auf die Tuberkelbazillen und Spirochäten besitzen.

Wenn wir in einem mikroskopischen Hautschnitt eine starke Vermehrung von polymorphkernigen Leukozyten vorfinden, so können wir das Vorliegen eines syphilitischen oder tuberkulösen

Digitized by Google

Krankheitsprozesses geradezu ausschließen, weil eben eiweißspaltende Entzündungszellen gegenüber fetthaltigen Entzündungserregern nicht reaktiv wirken können, wir werden vielmehr mit größter Wahrscheinlichkeit als Entzündungsursache die gewöhnlichen Eitererreger, Staphylo- oder Streptokokken annehmen können. Wenn wir umgekehrt eine ausgesprochene Lymphozytenansammlung in den entzündlichen Krankheitsprodukten vorfinden, so können wir unter den häufigeren Infektionen mit einem hohen Grade von Wahrscheinlichkeit das Vorhandensein einer syphilitischen oder tuberkulösen Erkrankung oder eines sonstigen fettartigen Antigens exogener oder endogener Natur annehmen, weil diese eine lipolytische lymphozytäre Reaktion erzeugen.

Die Entzündung stellt also eine Art veränderlichen und beweglichen, innersekretorischen, sagen wir Organsystems dar, dessen einzelne Komponenten ebenso wie die des Blutes und der Verdauungssäfte verschiedene Funktionen besitzen und entsprechend der Art des Krankheitsreizes gesondert oder meist in abgestimmten Kombinationen zur Wirksamkeit gelangen.

Es ist nun überaus merkwürdig, daß gerade die Substanz, die kaum bei einer Form der Entzündung fehlt, die bei allen Verletzungen gefäß- oder lymphhaltiger Gewebe sich bildet, die schon deswegen besonders hätte auffallen müssen, weil sie als vielleicht einzigartiges biologisches Phänomen unter normalen Verhältnissen im Organismus überhaupt nicht vorkommt, sondern nur unter pathologischen Bedingungen auftritt, das Fibrin, auch in der Dermatologie so wenig gewürdigt wurde, trotzdem es im Haushalt des erkrankten Körpers eine sehr hervorragende und bedeutungsvolle Rolle als Schutz- und Heilmittel spielt.

Bei allen entzündlichen und fieberhaften Krankheiten, die mit einer reaktiven heilsamen Hyperleukozytose einhergehen, ist auch eine vermehrte Fibrinbildung zu konstatieren, die Crusta phlogistica der alten Ärzte. Gleichzeitig lassen sich vielfach parallelgehende Beziehungen zwischen Hyperleukozytose, Antikörperbildung, Immunisierung und Fibringehalt nachweisen. Überall, wo die Intima der Gefäße, das Endothel der synovialen und serösen Häute krankhaft verändert sind, kittet, flickt, repariert das Fibrin die entstandenen Gewebsläsionen. Es ist ein geradezu typischer pathologisch-anatomischer Befund, daß jede Fibrinablagerung von einer Leukozytenansammlung, serösen Gewebsdurchtränkung, von Hyperämie, Granulations- und Bindegewebsneubildung, also von einer Heilwirkung gefolgt ist, ganz

Digitized by Google

gleichgültig, ob es sich um die Substitution eines fibrinösen Exsudates, die Anheilung eines transplantierten Gewebsstückes, die Organisation eines Thrombus, die membranartige Umgrenzung eines Eiterherdes oder um die Vorgänge bei der Wundheilung oder die beginnende Kallusbildung nach Knochenbrüchen handelt.

Ich konnte den experimentellen Nachweis erbringen, daß es bei gesonderter Untersuchung der einzelnen Blut- und Entzündungsbestandteile lediglich mit dem Fibrin gelingt, den gesamten Symptomenkomplex in derselben Weise und Reihenfolge künstlich zu erzeugen, wie er sich bei der Wundheilung, der Substitution fibrinöser Exsudate usw. abspielt, daß das Fibrin also infolge seiner biologischen Wirksamkeit den Anreiz, die Ursache und die Vorbedingung jener Heilvorgänge ist. Auch die fibrinöse Entzündung ist sowohl eine natürliche Folge des Entzündungsreizes, als auch innerhalb gewisser Grenzen eine zweckmäßige und heilsame Abwehrmaßregel des Körpers.

Durch subperiostale Injektionen von Fibrinemulsion gelang es mir, auch an nicht frakturierten Knochen starke kallöse Knochenneubildungen zu erzeugen, die mikroskopisch alle Entwicklungsstadien von der beginnenden Osteoplastenwucherung bis zum fertig ausgebildeten Knochen aufweisen.

Wir kommen zu dem Ergebnis, daß ohne Fibrin keine Wundheilung, keine Kallusbildung, keine Blutstillung zustandekommt.

Die Tatsache, daß die Blutgefäße durch Fibrinbildung verstopft werden und daß neben ihrer Kontraktion wesentlich dadurch die Blutung zum Stehen gebracht wird, führte zu der sehr erfolgreichen therapeutischen Anwendung des Fibrins bei Blutungen verschiedenster Art.

Mit dem experimentellen Nachweis, daß das Fibrin die biologische Fähigkeit besitzt, die Granulationsbildung anzuregen, daß es somit eine notwendige Vorbedingung für das Zustandekommen der Wundheilungsvorgänge bildet, und daß es die Fähigkeit besitzt, das Periost in spezifischer Weise zur Knochenneubildung anzuregen, alles physiologische Eigenschaften, die dem Serum, den roten Blutkörperchen und auch dem defibrinierten Blute abgehen, ist jedoch seine hervorragende Bedeutung als Schutz- und Heilmittel noch nicht erschöpft.

Das Fibrin vereinigt zwei verschiedene heilsame Eigenschaften in sich, eine die Krankheitsursache schädigende und eine die Heilungsvorgänge anregende. Besonders gilt das vom Exsudatfibrin, das sich zwar prinzipiell in nichts vom Blutfibrin

Digitized by Google

unterscheidet, graduell aber insofern gewisse Unterschiede aufweist, als es neben der granulationsanregenden noch stärkere bakterizide Eigenschaften besitzt, wie ich experimentell nachweisen konnte.

Betrachten wir einmal die Wirkungen des Fibrins bei der Wundheilung und bei Geschwüren. Eine einfache Schnittwunde z. B. heilt von selbst. Das Fibrin, das sich in dem Wundbereich und auf der Wundoberfläche abscheidet, ist nicht bloß die Ursache der Blutstillung, der Verklebung der Wundränder und der granulationsanregenden, also die eigentlichen Reparationsvorgänge auslösenden Wirkung, sondern es bildet gemeinsam mit den anderen Abwehrstoffen ein biologisches Schutzmittel auch bakterizider Art für die Wunde. Es ist eine Erfahrungstatsache, daß eine bloß mit einer dünnen Fibrinschicht bedeckte Wundfläche, sofern erstere nur intakt ist, schwer oder gar nicht infizierbar ist, weil dieses Abwehrmittel des Körpers mit einer geringen Anzahl wenig virulenter Keime ohne weiteres fertig wird. Ist aber die Wunde durch viele und virulente Krankheitserreger infiziert, so kommt es nicht bloß zu einer stärkeren Exsudation von Serum und einer massenhaften Ansammlung von weißen Blutkörperchen, sondern auch zu einem dickeren fibrinösen Belag, der infolge der adsorptiven, bakteriziden und granulationsanregenden Wirkungen des Fibrins einesteils die Infektionserreger vernichten hilft, und anderenteils die Regeneration anzuregen berufen ist, so daß die Wunde sich dann „reinigen" und vernarben kann. Die alte Anschauung, daß Wunden mit fibrinösem Belag eine Infektion begünstigen, daß der Fibrinbelag einen guten Nährboden für Krankheitserreger darstelle, ist irrtümlich und bedeutet eine Verkennung der Tatsachen, eine Verwechslung von Ursache und Wirkung. Der Fibrinbelag ist nicht die Ursache der Infektion, sondern seine Folge. Die Verhältnisse liegen so, daß bei einer nicht infizierten Wunde eine geringe Schicht von Fibrin genügt, um sie weiterhin zu schützen und die Reparationsvorgänge, die Granulationsbildung anzuregen. Wird indessen die Wunde infiziert, so bildet sich als Reaktion, als Abwehr dagegen nicht bloß eine stärkere seröse Durchtränkung und eine größere Ansammlung von weißen Blutkörperchen, sondern es entsteht auf der Wunde auch ein dickerer fibrinöser Belag.

Wählen wir als Beispiel zur Bekräftigung der hier vorgetragenen Anschauung das sehr häufige Krankheitsbild des Ulcus cruris. Bei der anatomischen Untersuchung eines solchen finden

Digitized by Google

wir, daß die oberflächlichste Schicht des mit dicken fibrinösen Belägen bedeckten Geschwürs die meisten Krankheitserreger und weißen Blutkörperchen enthält, daß aber mit zunehmender Tiefe die Zahl der Krankheitskeime ständig abnimmt, so daß die zu unterst gelegene Fibrinschicht gewöhnlich schon frei oder fast frei ist von Infektionserregern. Ein solcher Befund kann als ein typischer und charakteristischer angesehen werden, so daß wir außer dem experimentellen Nachweis schon daraus hätten schließen können, daß in dem Fibrin Abwehrkräfte gegen die Krankheitserreger wirksam sind. Genügt der ursprünglich dünnere Belag nicht, um auf einer infizierten Wunde gemeinsam mit den anderen bakterienfeindlichen Stoffen die Krankheitserreger zu vernichten, so werden gewissermaßen Reserven herangezogen, es bilden sich neue, mehrfache Fibrinschichten, der Belag verdickt sich. Innerhalb dieses dickeren fibrinösen Exsudates können in den oberen Lagen die Infektionskeime nunmehr in wirksamerer Weise bekämpft werden, während die unterste, von Krankheitserregern schon freie Schicht die Funktion übernimmt, die Granulationsbildung anzuregen. Wir sehen, wie von unten Fibroblasten in das Fibrin eindringen, wie Gefäßsprossen hineinwachsen und das Exsudat durch junges Granulationsgewebe substituiert wird. Diese Doppelfunktion, die defensive und reparative, kommt unter den Blut- und Entzündungsbestandteilen nur dem Fibrin zu. Natürlich kann ein zuviel von Fibrin den Heilungsvorgang auch beeinträchtigen.

Wenn man dogmatisch behauptet hat, daß das Granulationsgewebe es ist, das die Wunde vor Infektion schützt, so ist das schon aus dem Grunde nicht richtig, weil das Schicksal einer Wunde längst entschieden, die Infektion in Wirklichkeit schon zu einer Zeit geheilt oder wenigstens gebrochen ist, wo überhaupt noch gar keine Ansätze zu einer Granulationsbildung vorhanden sind. Der Organismus reagiert niemals primär mit Granulationsbildung, sondern diese erfolgt erst nach dem Erlöschen der Infektion, wobei das Fibrin selbst eine bedeutsame Rolle spielt. Wenn in den oberen Schichten der Granulationen neben weißen Blutkörperchen noch Bakterien vorhanden sind, so liegt das daran, daß als Vorstufe der Reparation die Leichen der Infektionserreger und die Trümmer der verletzten Gewebe zunächst aufgenommen und weggeschafft werden müssen, bevor der eigentliche Ersatz durch junges Keimgewebe einsetzen kann. Das Studium dieser beiden anscheinend verschiedenartigen, aber doch ineinandergreifenden und zusammengehörigen, dem Fibrin

Digitized by Google

eigentümlichen Eigenschaften dürfte imstande sein, die noch immer unklaren Vorstellungen von der Abgrenzung der eigentlichen „Entzündung" von dem Reparationsvorgang etwas aufzuhellen.

Man beobachtet sehr häufig, um bei dem gewählten Beispiel zu bleiben, daß alte Unterschenkelgeschwüre, und dasselbe gilt von allen Wunden und Geschwüren, so lange keine Neigung zur Wund- und Allgemeininfektion zeigen, wie dieser Fibrinbelag vorhanden und unverletzt ist. Wird er aber an irgendeiner Stelle lädiert, so ist für die Krankheitserreger eine Eingangspforte geschaffen. Die Erfahrung lehrt daher, daß schon ein leichtes Einreißen nur der Oberflächenschicht einer Wunde beim Verband eine schwere Infektion hervorrufen kann, und zwar ebenso bei Wunden, die ausschließlich eine fibrinöse Bedeckung haben, wie bei solchen, die bereits mit einem dicken Granulationswall versehen sind. Wir wissen ferner, daß sich bei drohenden Perforationen z. B. eines Baucheingeweides fibrinöse Verklebungen bilden, in die sich dann selbst virulenter Eiter ergießen kann, ohne daß es zu einer allgemeinen Peritonitis kommt. Hier kann es sich gewiß nicht um eine schützende Wirkung von Granulationsgewebe handeln, da in diesem Stadium ein solches noch gar nicht vorhanden ist, sondern hier kommt wesentlich die bakterienfeindliche Wirkung des Fibrins in Betracht. Auch seine rein mechanische Filterwirkung kann nicht von bestimmendem Einfluß sein, da dieselben Infektionserreger imstande sind, das widerstandsfähigste Gewebe zu durchfressen, während sie vor der zarten Fibrinmembran wie vor einem unüberwindlichen Wall haltmachen. Das eigentliche Schutzmittel also, das den Kampf mit den Krankheitserregern aufnehmen und ausfechten muß, ist nicht primär das Granulationsgewebe, sondern neben den anderen Reaktionsmitteln des Körpers wesentlich das Fibrin. Erst wenn die Infektion durch die Abwehrkräfte des Körpers, nicht zum wenigsten durch die Mitwirkung des Fibrins zum Stillstand gekommen ist, wird die Granulationsbildung und somit der Reparationsvorgang eingeleitet.

Diese Erkenntnisse sind nicht bloß von wissenschaftlicher Bedeutung, indem sie uns neue Einblicke in das Krankheitsgeschehen und in die natürlichen Heilvorgänge des Organismus gewähren, sondern weisen uns auch lehrreiche und erfolgversprechende Ausblicke für unser therapeutisches Verhalten, wie wir, dem Beispiel der Naturheilung folgend, ihre Mittel ausnutzen, nachahmen und steigern können.

Digitized by Google

Zunächst ergibt sich die prinzipielle Mahnung, fibrinöse Exsudationen auf Wunden usw. entsprechend ihrer biologisch-funktionellen Bedeutung als Schutz- und Heilmittel des Körpers zu bewerten, wobei allerdings zu bedenken ist, daß ein Übermaß von Fibrin auch störend wirken, die Heilung verlangsamen kann. Dieser übermäßigen Fibrinbildung beugt man am besten vor, wenn man dafür sorgt, daß die Wunden nicht infiziert werden. Ist die Infektion aber erfolgt, so muß man sich dessen bewußt sein, daß die stärkeren fibrinösen Exsudate eine Abwehrmaßnahme des Körpers darstellen, daher sind die fibrinösen Verklebungen von Wunden, die oberflächlichen Fibrinlagen auch dicker granulierender Wundflächen zu schonen, selbst vor geringgradigen Verletzungen beim Verbandswechsel oder dergleichen zu bewahren, weil sie eben den wesentlichsten Schutz gegen Infektionen bilden. Wo dieser natürliche Schutz fehlt oder mangelhaft ist, soll er durch Bepulvern mit Fibrin, durch künstliche Erzeugung einer Fibrinschicht ersetzt bzw. gesteigert werden.

Neben dem Wundschutz haben wir uns besonders die Lehre von der granulationsanregenden Fähigkeit des Fibrins zur Wundheilung nutzbar gemacht, indem wir die natürlichen Heilungsvorgänge, für die das Fibrin der Anreiz und die Vorbedingung ist, wenn sie sich im gegebenen Falle als unzureichend erwiesen haben, durch Blut- und Exsudatfibrin künstlich nachahmen und steigern.

Bei den Erkrankungen der Haut ist die Anwendung des Fibrins, das unter dem Namen „Perfibrin" von der Firma Heyl & Co. Berlin NW 87 hergestellt wird, überall dort angezeigt, wo eine Granulations- und Bindegewebsneubildung angeregt werden soll, also bei Wunden, die nicht recht heilen wollen, die schlechte, schlaffe Granulationen zeigen, ferner bei Hautdefekten, bei Verbrennungen zweiten und auch dritten Grades, zur Unterstützung der Anheilung transplantierten Gewebes usw. und dort, wo eine Heilung unter dem aseptischen trockenen Schorf eintreten soll, auch bei nässenden Wundflächen, sowie da, wo aseptische Wunden möglichst schnell zur Verklebung zu bringen und vor Infektionen zu schützen sind. Bei schlecht granulierenden Wunden bildet sich nach mehrmaligem Bepulvern mit Fibrin, meist schon nach 2—3 Tagen auf der Oberfläche ein weißlich-gelber, dünner fibrinöser Belag, der wie natürliches Körpergewebe mit seiner Unterlage organisch verwächst und die darunter liegende Wundfläche, ruhendes, torpides, schlaffes Gewebe zu üppiger Granu-

Digitized by Google

lationsbildung anregt. Man kann sich in mikroskopischen Schnitten davon überzeugen, daß infolge der Fibrinbepulverung künstlich erzeugt sich derselbe Vorgang abspielt, wie er unter der Fibrinschicht normal heilender granulierender Wundflächen vor sich geht. Die dünne, auf der Oberfläche der Wunde befindliche Fibrinlage ist es eben, welche den Anreiz für das Aufsprießen der jungen Granulationen bildet, und die man dort, wo sie nicht in wirksamer Form vorhanden ist, künstlich hervorrufen muß und kann. Von den Rändern her vollzieht sich dann die Epithelisierung der Wundfläche.

Gegenanzeigen für die Anwendung des Fibrins bilden akut entzündete und eiternde Wunden, die letzteren Fälle schon aus dem Grunde, weil infolge des proteolytischen Fermentes der polymorphkernigen Leukozyten des Eiters das Fibrin aufgelöst und unwirksam gemacht wird. Daher gerinnt auch der Eiter nicht.

Nach vorheriger Reinigung der Wundfläche z. B. mit Wasserstoffsuperoxyd wird Perfibrin in dünner Schicht aufgetragen und durch leichtes Andrücken mit steriler Gaze ein festes Haften auf der Wundoberfläche zu erzielen gesucht. Nach dem Bepulvern trockener aseptischer Verband, der in den meisten Fällen täglich einmal erneuert wird. Es ist darauf zu achten, daß keine Sekretverhaltung eintritt. Bei manchen Wunden, besonders bei frischen Substanzverlusten der Haut und bei frischen Verbrennungen heilt die Wunde oft unter dem einmalig aufgestreuten Fibrin wie unter dem trockenen aseptischen Blutschorf. Ist die Bildung eines fibrinösen Belages eingetreten, so kann für einige Tage mit der Bepulverung aufgehört werden, um gegebenenfalls, wenn die Granulationsbildung stellenweise noch ungenügend ist, von neuem zu beginnen.

Ich will mich damit begnügen, dieses experimentelle und klinische Tatsachenmaterial kurz mitgeteilt und mehr allgemeine Anregungen gegeben zu haben, und möchte es dem Kreise der Fachärzte überlassen, auf Grund der festgestellten Funktionen des Fibrins, die gewonnenen theoretisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse auf die Deutung der entsprechenden Befunde besonders bei den entzündlichen Hautkrankheiten zu übertragen, die therapeutische Anwendung des Perfibrins auf diesem Gebiete weiter auszubauen und so auch der Dermatologie neue wissenschaftliche und praktische Erfolge zu erschließen.

Digitized by Google

III.

(Aus der Universitäts-Hautklinik in Bonn [Direktor: Prof. Dr. *Erich Hoffmann*].)

Zum neuen Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Von

RUDOLF STREMPEL.

Nach jahrelangen parlamentarischen Verhandlungen und Vorbereitungen ist am 1. Oktober 1927 das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten endlich in Kraft getreten. Der planmäßige Kampf gegen die Geschlechtsleiden war stets auf die größten Schwierigkeiten gestoßen. Wir alle kennen die Meinung, die auch heute noch vielfach über die Geschlechtskrankheiten, die sogenannten „geheimen Krankheiten" in den weitesten Volksschichten herrscht, wonach sie als selbstverschuldete, lasterhafte und unsittliche Leiden angesehen werden, die eher Verachtung als Hilfe verdienten, eine Auffassung, die eine wirksame Bekämpfung sehr erschwerte. Dazu kam eine falsch eingestellte Moral, die es peinlichst vermied, vor dem Forum der Öffentlichkeit Fragen, die Bezug nahmen auf das Geschlechtsleben und damit zusammenhängende Dinge, auch nur zu berühren. Da ist es in erster Linie der langen zielbewußten Aufklärungsarbeit und unermüdlichen Tätigkeit der im Jahre 1902 gegründeten Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zu danken, daß die Erkenntnis von der Gefahr der venerischen Leiden ins Volk getragen und damit eine breitere Grundlage geschaffen wurde, von der aus der Kampf gegen diese Seuchen mit Erfolg aufgenommen werden konnte.

In dem neuen Gesetz tritt deutlich zutage, daß es sich nicht um ein Polizei-, sondern mehr um ein *Wohlfahrtsgesetz* handelt. Man hat erkannt, daß eine wirksame Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten nicht allein durch polizeiliche Verordnungen möglich ist, Aufklärung, Belehrung und Prophylaxe stellen stärkere und wirksamere Waffen dar, durch fürsorgerische, vorbeugende und nachforschende Maßnahmen soll eine Einschränkung der venerischen Leiden herbeigeführt werden. Das Verantwortungsgefühl des Einzelnen soll gehoben werden. Strafmaßnahmen sollen dahinter zurückstehen. Eine bessere Aufklärung wird viele der so wichtigen Frühbehandlung zuführen. In diesem Sinne zu wirken ist in erster Linie Pflicht und Aufgabe des ärztlichen Standes geworden. Bei der Durchführung des Gesetzes werden sich Eingriffe in die persönliche Freiheit des Einzelnen nicht immer vermeiden lassen, die gegenüber dem Wohle des ganzen Volkes zurücktreten muß. Zwangsmaßnahmen kommen nur den Elementen gegenüber in Betracht, die sich dem Gesetz entgegenstellen.

Digitized by Google

Bei Besprechung des Gesetzes werde ich mich darauf beschränken, das Wichtigste herauszugreifen und vor allem das vorzubringen, was für den Arzt bedeutungsvoll ist und wie sich das Gesetz praktisch für ihn auswirken wird. Wo es notwendig erscheint, werde ich dabei zugleich auch auf wichtige Punkte der zur Durchführung des Reichsgesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom preußischen Staatsministerium erlassenen Ausführungsverordnung und Ausführungsanweisung eingehen.

Nach § 3 ist die Durchführung der aus dem Gesetz erwachsenden gesundheitlichen Aufgaben Gesundheitsbehörden zu übertragen, die sich mit den Beratungsstellen für Geschlechtskranke, den Pflegeämtern und sonstigen Einrichtungen der sozialen Fürsorge im Einvernehmen zu halten haben. Laut Ausführungsbestimmungen sind als Träger der den Gesundheitsbehörden erwachsenden Aufgaben die Stadt- und Landkreise bestimmt, die diese Aufgaben als Selbstverwaltungsangelegenheiten durchzuführen haben. Gesundheitsbehörden werden demnach in der Regel in Stadtkreisen der Magistrat oder Bürgermeister und in den Landkreisen die Kreisausschüsse sein.

Von größter Bedeutung ist, daß die Polizeibehörden, denen bisher der Hauptteil an der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zufiel, nur mehr zur Unterstützung, zur Durchführung der gesundheitlichen und sozialfürsorgerischen Aufgaben herangezogen werden; auch die Überwachung der Prostitution wird den Gesundheitsbehörden übertragen und der Sittenpolizei abgenommen. Die Gesundheitsbehörden in Verbindung mit fürsorgerischen Maßnahmen der Beratungsstellen und Pflegeämter übernehmen deren Tätigkeit, nur im Notfalle leistet die Polizei Hilfsstellung. Die Polizei kann also nicht mehr von sich aus selbständig vorgehen. Bei jeder Gesundheitsbehörde muß ein Arzt und zwar ein Facharzt für Geschlechtskrankheiten oder ein fachlich vorgebildeter Arzt mitwirken.

Eine bedeutende Rolle im Kampfe gegen die Geschlechtsseuchen wird den Beratungsstellen für Geschlechtskranke zufallen. Man muß sich klar sein, daß die Gesundheitsbehörden sich nicht leicht das Vertrauen des Publikums erringen werden. Ihnen haftet das Odium der eventuellen Zwangs- und Strafmaßnahmen an, und mehr oder weniger wird man in ihnen ein Polizeiorgan sehen, dem man am liebsten aus dem Wege geht. Hier muß die Tätigkeit der Beratungsstellen einsetzen. Durch eine vertrauliche und verschwiegene Beratung wird das Vertrauen der Besucher schnell gewonnen. Belehrung und Aufklärung ihrer Patienten über Wesen und Ansteckungsgefahr der Geschlechtskrankheiten und deren Prophylaxe sowie Aufsuchung der Ansteckungsquellen muß eine der Hauptaufgaben der Beratungsstellen sein. Bei Anzeigen und Meldung Säumiger an die Gesundheitsbehörde erscheint es zweckmäßig, die erste Vernehmung des Anzeigers, Vorladung der Verdächtigen oder Kranken der Beratungsstelle zu überlassen. Diese wird erst nach Versagen aller ihr zur Verfügung stehenden Mittel die gesetzlichen Machtmittel der Gesundheitsbehörden in Anspruch nehmen. Eine innige Arbeitsgemeinschaft zwischen Gesundheitsbehörden, Wohlfahrts- und Fürsorgeeinrichtungen und Beratungsstellen wird demnach unerläßlich sein.

Digitized by Google

In § 2 verpflichtet das Gesetz ohne besondere Strafandrohung jeden, der an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet und dies weiß oder den Umständen nach annehmen muß, sich von einem für das Deutsche Reich appr. Arzte behandeln zu lassen. Eltern, Vormünder und sonstige Erziehungsberechtigte haben die Pflicht, für ärztliche Behandlung ihrer geschlechtskranken Pflegebefohlenen zu sorgen. Kommt der Kranke dieser Bestimmung nach und läßt sich ordnungsgemäß behandeln, so hat er keinerlei Unannehmlichkeiten zu fürchten, der Arzt ist zum Schweigen verpflichtet. Erst wenn sich der Betreffende der ärztlichen Behandlung oder Beobachtung entzieht, oder wenn er andere infolge seines Berufes oder persönlicher Verhältnisse besonders gefährdet, ist eine Meldepflicht des Arztes an die Gesundheitsbehörde gegeben, *§ 9* des Gesetzes. Der Arzt ist also gesetzlich verpflichtet unter bestimmten Verhältnissen geschlechtskranke und ansteckungsgefährliche Personen der Gesundheitsbehörde zu melden, eine Verpflichtung, deren Nichterfüllung unter Umständen unangenehme Folgen rechtlicher Art für ihn haben könnte. Der Begriff der Ansteckungsgefährlichkeit dürfte nicht immer leicht zu umgrenzen sein. Uns allen sind die leichtsinnigen Personen bekannt, die der Behandlung fern bleiben, sobald die oberflächlichen Erscheinungen sich rückgebildet haben. Jetzt hat man es in der Hand, diese Säumigen zur Behandlung zu bringen, indem wir sie der Gesundheitsbehörde melden. Bevor der Arzt die vorgeschriebene Meldung erstattet, wird er möglichst von sich aus den Kranken zur Wiederaufnahme der Behandlung in unauffälliger Weise ermahnen. Dazu ist das amtliche Einheitsformblatt für Ärzte zur Mahnung säumiger Patienten zu benutzen. Zur Meldung an die Gesundheitsbehörde sind ebenfalls vorgeschriebene Meldungsformulare zu verwenden.

Mit ein paar Worten sei noch auf die Bestimmung des genannten Paragraphen eingegangen: Die besondere Gefährdung anderer infolge des Berufes — es sei nur an Angestellte im Nahrungsmittelgewerbe, Kindermädchen, Hausangestellte, Friseure und andere Berufe erinnert — oder der persönlichen Verhältnisse des Kranken, wie schlechte Wohnungsverhältnisse, weiterer Geschlechtsverkehr und anderes mehr. Die Entscheidung hierüber ist also dem Arzt in die Hand gegeben, sie wird nicht immer leicht sein, ganz abgesehen davon, daß es der Arzt nur schwer über sich bringen wird, geschlechtskranke Patienten, die sich vertrauensvoll bei ihm in Behandlung begeben haben und sie regelmäßig durchführen, aus obengenanntem Grunde der Gesundheitsbehörde oder einer Beratungsstelle zu melden. Das Gesetz verlangt also vom Arzt, daß er eventuell den Einzelnen preisgibt im Interesse des Ganzen.

Von größter Wichtigkeit ist *§ 4* des Gesetzes, in dem Personen beiderlei Geschlechts, die dringend verdächtig sind, geschlechtskrank zu sein und die Krankheit weiter zu verbreiten, durch die Gesundheitsbehörde angehalten werden können, ein ärztliches Zeugnis beizubringen. Zuständig für die im § 4 angegebenen Maßnahmen ist die Gesundheitsbehörde, in deren Bezirk der Verdacht der Weiterverbreitung einer Geschlechtskrankheit bei dem verdächtigen Kranken hervortritt, also des Verdachtsortes. Es ergibt sich aus dem Wortlaut des

Digitized by Google

Gesetzes, daß das Zeugnis jedes Arztes gilt; nur in begründeten Ausnahmefällen kann auch ein bestimmter Arzt durch die Gesundheitsbehörde benannt werden, von dem das Zeugnis zu erbringen ist. Es kann aber keine Gesundheitsbehörde einzelne Ärzte ausschließen ohne besondere Begründung. Diese Bestimmung gibt eine Sicherheit solchen Ärzten gegenüber, die ihre Pflicht vergessen und wider besseres Wissen ein Zeugnis ausstellen sollten. Es sind allerdings amtliche Einheitsformblätter für die Ausstellung der Zeugnisse geschaffen, deren Abfassung eine Gewähr dafür bietet, daß sachgemäß untersucht wird. Auf Antrag des Arztes können solche Personen angehalten werden, wiederholt derartige Gesundheitszeugnisse beizubringen. Ob jemand dringend verdächtig ist, geschlechtskrank zu sein und die Erkrankung weiter zu verbreiten, ist nach Lage des Einzelfalls sorgfältig von der Gesundheitsbehörde zu prüfen. Auch durch Anzeigen werden Gesundheitsbehörden zur Kenntnis „dringend Verdächtiger" kommen; der Anzeiger — anonyme Anzeigen dürfen nicht berücksichtigt werden —, dessen Name geheim zu halten ist, ist mündlich durch die Gesundheitsbehörde zu vernehmen und die Anzeige nur weiter zu verfolgen, wenn die Vernehmung ergeben hat, daß ein ausreichender Anhalt für die Richtigkeit der behaupteten Tatsachen vorhanden ist. Eine falsche Anzeige kann natürlich zu einer Bestrafung wegen verleumderischer Beleidigung führen. Zuerst ist der bei der Gesundheitsbehörde tätige Arzt zu hören. Erstattet ein Arzt auf Grund des § 9 die Anzeige, bedarf es natürlich keiner Vernehmung.

Wichtig ist auch, daß dem Verdächtigen die Wahl des Arztes zwecks Ausstellung eines Zeugnisses grundsätzlich zu überlassen ist. Jedoch ist er auf Beratungs- und Untersuchungsstellen hinzuweisen, in denen er sich unentgeltlich untersuchen und ein ärztliches Zeugnis ausstellen lassen kann, und darauf aufmerksam zu machen, daß er bei Bestätigung des Krankheitsverdachtes die Kosten der Untersuchung und des Zeugnisses selbst zu tragen hat, wenn er von diesen Einrichtungen keinen Gebrauch macht. Weiter können Personen, die geschlechtskrank und verdächtig sind, die Geschlechtskrankheit weiter zu verbreiten, einem Heilverfahren unterworfen werden, auch in ein Krankenhaus verbracht werden, wenn dies zur Verhütung der Ausbreitung der Krankheit erforderlich erscheint. Der Verdacht einer Weiterverbreitung muß begründet sein, beispielsweise bei einer Prostituierten oder einer anderen gefährlichen Berufsbetätigung eines Kranken (Hebammen, Friseure usw.). In letzteren Fällen wäre natürlich auch für geeignete Behandlung in zweckmäßigen Krankenhäusern zu sorgen. Viele Provinzkrankenhäuser, die auf chirurgisch-gynäkologische und interne Tätigkeit eingestellt sind, erfüllen diesen Zweck sicher nicht. Die Geschlechtskranken sind dort allermeist Stiefkinder. Soweit andere Mittel nicht ausreichen (die Gesundheitsbehörden können zum Beispiel auch Geldstrafen verhängen), ist unmittelbarer Zwang zur Erreichung und Durchführung der genannten Maßnahmen zulässig. Die Gesundheitsbehörde kann also den Kranken durch Polizeibeamte festnehmen und in ein Krankenhaus überführen lassen. Der Zwang erstreckt sich auch auf die Behandlung. Ärztliche Eingriffe, die mit einer ernstlichen Gefahr für Leben und Gesundheit verbunden

Digitized by Google

sind, dürfen jedoch nur mit Einwilligung der Kranken vorgenommen werden. Als solche ärztliche Eingriffe sollen insbesondere die Behandlung mit Salvarsan, Hg. und Bi., die Liquorentnahme, die Cystoskopie, der Ureterenkatheterismus und die Dehnung der Harnröhre gelten.

Von weittragender Bedeutung für uns Ärzte ist der bereits erwähnte *§ 7* des Gesetzes. Die Behandlung von Geschlechtskrankheiten und Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane[1]) ist nur den für das Deutsche Reich approb. Ärzten gestattet. Verboten und mit Strafe bedroht ist jede Fernbehandlung und Beratung zum Beispiel per Brief oder auch Telephon, die nicht auf eigener Wahrnehmung beruht, oder auch in Vorträgen, Schriften, Abbildungen oder Darstellungen Ratschläge für die Behandlung zu erteilen. Strafbar ist auch, wer öffentlich oder durch Verbreitung von Schriften, Abbildungen oder Darstellungen — wenn auch in verschleiernder Weise — sich zur Behandlung erbietet. Ausdrücklich wird betont, daß nicht nur Geschlechtskrankheiten, sondern auch Krankheiten und Leiden der Geschlechtsorgane nur noch von in Deutschland approb. Ärzten behandelt werden dürfen. Darunter fällt auch die ganze Gruppe der Frauenkrankheiten (wie Uterusverlagerungen, Menstruationsbeschwerden, Ausfluß und a. m.), die nichts mit Geschlechtskrankheiten zu tun haben. Der Laienbehandler kann sich also in Zukunft nicht darauf berufen, er habe nicht gewußt, daß es sich um eine ansteckende Geschlechtskrankheit gehandelt habe. Bekanntlich hat gerade dieser Paragraph den größten Widerstand erfahren, vor allem aus dem Lager der Naturheilkundigen, die in der jetzigen Fassung des Paragraphen großen Schaden für ihr Handwerk erwarten mußten. Nun ist das Kurpfuschertum wenigstens auf dem Gebiet der Geschlechtskrankheiten ausgeschaltet, auf dem es so viel Schaden stiften konnte. Erfreulich ist der erste Schritt, der damit auf gesetzgeberischem Wege gegen das Kurpfuschertum unternommen wurde.

Aus den Worten, wer sich öffentlich zur Behandlung erbietet, ergibt sich das Verbot der Veröffentlichung von Inseraten und dergleichen. Damit werden die allbekannten Aufforderungen und Anzeigen in den Tageszeitungen: Behandlung von Geschlechtskrankheiten ohne Berufsstörung, ohne Hg. und Salvarsan, endlich verschwinden, zumal die Strafandrohung ziemlich hoch ist. Besonders hervorgehoben ist noch „in verschleiernder Weise". Einer Umgehung des § 7 soll damit vorgebeugt werden. Für den Arzt ist noch besonders betont, daß er sich strafbar macht, wenn er sich in unlauterer Weise zur Behandlung erbietet. Man wird darunter alles das verstehen können, was von den ärztlichen Standesorganisationen als Verstoß angesehen wird.

In *§ 8* besteht für den Arzt weiter die Rechtspflicht zur Aufklärung der untersuchten oder behandelten geschlechtskranken Person über die Art der Krankheit, über die Ansteckungsgefahr, sowie über die Strafbarkeit der in §§ 5 und 6 bezeichneten Handlungen. Hierbei soll er ein amtlich genehmigtes Belehrungsmerkblatt aushändigen. Über die beiden genannten Paragraphen kann ich mich kurz fassen.

[1]) Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane sind alle Erkrankungen der zum Zeugungsakt dienenden äußeren und inneren Geschlechtsorgane. Die weiblichen Brüste gehören z. B. nicht hierzu.

Digitized by Google

§ 5 ist der sogenannte Gefährdungsparagraph, der ausdrücklich die Gefährdung durch ansteckenden Geschlechtsverkehr unter Strafe stellt. Strafbar ist also der Verkehr, der in der vorhandenen oder auch nur zu vermutenden Kenntnis erfolgt, an einer ansteckungsgefährlichen Geschlechtskrankheit zu leiden. Bei erfolgter Ansteckung hat der Verletzte Anspruch auf Schadenersatz. Früher war der Verkehr einer kranken mit einer gesunden Person als Körperverletzung strafbar, aber nur dann, wenn eine Ansteckung erfolgte. *§ 6* legt dem Geschlechtskranken, der eine Ehe eingehen will, die Offenbarungspflicht seiner Krankheit dem künftigen Ehegatten vor der Eheschließung auf unter Androhung von Gefängnisstrafe. Also die Nichtoffenbarung wird bestraft. Auf die zivilrechtlichen Folgen hinsichtlich der Ehe, die eine Unterlassung der Offenbarungspflicht im Gefolge haben kann, will ich hier nicht näher eingehen.

Die Belehrung des Kranken ist ein sehr wichtiger Faktor. Breiten Schichten des Volkes fehlt die Einsicht in die ihnen selbst und der Gesundheit anderer durch die Geschlechtskrankheiten drohenden Gefahren. Hier tut Aufklärung not. Der Arzt soll neben der Belehrung ein amtliches Merkblatt aushändigen. Fehlt dem Kranken die nötige Einsicht, dann soll die Belehrung und Aushändigung des Merkblattes an die erfolgen, die für das persönliche Wohl des Kranken zu sorgen haben. Wichtig ist für den Arzt, daß er im Falle der Nichtbelehrung zwar keine Strafverfolgung zu erwarten hat, jedoch unter Umständen zivilrechtlich haftbar gemacht werden kann. Etwas anderes ist es natürlich, wenn ein Arzt aus bestimmten Gründen, bei sehr erregbaren Patienten, denen die Mitteilung der Diagnose Schaden zufügen könnte, bei Selbstmordgefahr z. B., davon absieht. Selbstverständlich soll der Arzt auch nach der Infektionsquelle fahnden, um auch diese nach Möglichkeit verstopfen zu können. Nach Beseitigung der Ansteckungsgefahr kann der Arzt dem Kranken auf dessen Verlangen eine Bescheinigung darüber aushändigen, daß der Kranke nicht mehr ansteckungsgefährlich ist. Bei Personen, die häufig wechselnden Geschlechtsverkehr ausüben und bei denen zu befürchten ist, daß sie sich immer wieder einer Ansteckungsgefahr aussetzen, soll die Aushändigung einer solchen Bescheinigung vermieden werden.

§ 10 behandelt die Schweigepflicht, deren unbefugtes Durchbrechen durch Beamte, Angestellte und Ärzte der Gesundheitsbehörden und Beratungsstellen mit schwerer Strafe bedroht ist, was hinsichtlich der tiefen Eingriffe in die persönliche Freiheit des Einzelnen bei Durchführung des Gesetzes notwendig und berechtigt erscheint. Die Kranken müssen selbstverständlich davor geschützt sein, daß durch Beratungsstellen oder Gesundheitsbehörden ihre Erkrankung bekannt wird. Verfolgung tritt nur auf Antrag des Kranken, eines Beteiligten oder auch der Gesundheitsbehörde ein. Die Offenbarung ist nicht unbefugt, wenn sie von einem in der Gesundheitsbehörde oder Beratungsstelle tätigen Arzte oder mit Zustimmung eines solchen Arztes an eine Behörde — es kommen hier Wohlfahrtsämter, Jugendämter und dergleichen in Frage — oder an eine Person gemacht wird,

Digitized by Google

die ein berechtigtes, gesundheitliches Interesse daran hat, über die Geschlechtskrankheit des anderen unterrichtet zu werden. Darunter sind wohl Eltern, Ehegatten, Verlobte und Vormünder in erster Linie zu verstehen. Die Entscheidung, ob ein berechtigtes gesundheitliches Interesse vorliegt, dürfte nicht immer leicht sein. Auch von der Geschlechtskrankheit Dienstverpflichteter könnte der Dienstherrschaft Mitteilung gemacht werden, um Vorkehrungen gegen weitere Verbreitung der Erkrankung zu ermöglichen. Grundsätzlich müssen wir daran festhalten, daß das ärztliche Berufsgeheimnis aufs strengste zu wahren ist, wie es ja in den Bestimmungen des § 300 des Reichsstrafgesetzbuches niedergelegt ist. Jedenfalls erkennt das Gesetz den Standpunkt an, daß höhere Interessen eine Offenbarung in bestimmten Fällen rechtfertigen.

Nach *§ 11* des Gesetzes wird die Heilmittelreklame verboten. Wer Mittel, Gegenstände oder Verfahren öffentlich oder durch Verbreitung von Schriften, Abbildungen oder Darstellungen, wenn auch in verschleiernder Weise zum Zwecke der Heilung oder Linderung von Geschlechtskrankheiten ankündigt oder anpreist, oder an einem allgemein zugänglichen Orte ausstellt, wird mit Strafe bedroht. Ausgenommen ist natürlich die Ankündigung oder Anpreisung dieser Mittel und Gegenstände an Ärzte und Apotheker oder an Personen, die erlaubterweise Handel damit treiben (Drogisten zum Beispiel), oder in wissenschaftlichen, ärztlichen oder pharmazeutischen Fachzeitschriften. Inserate in öffentlichen Blättern, die irgend welche Heilmittel für Geschlechtskrankheiten oder auch Gegenstände zu ihrer Behandlung anpreisen würden, sind also strafbar, ebenso wer solche Mittel ausstellt.

§ 12 macht die Ausnahme, daß Vorträge, Schriften, Abbildungen und Darstellungen, die nur der Aufklärung über die Geschlechtskrankheiten, insbesondere über ihre Erscheinungsformen dienen, straflos sind, soweit sie nicht unter die Bestimmungen des § 7 fallen. Eine Behandlung ist in dieser Form ebenfalls nicht zulässig. Eine Erörterung von Behandlungsfragen der Geschlechtskrankheiten in einer Tageszeitung ist demnach unstatthaft, ebenso in öffentlichen Vorträgen.

In *§ 13* wird das Inverkehrbringen von Mitteln zur Verhütung der Ansteckung beim geschlechtlichen Verkehr gründsätzlich erlaubt, ein Paragraph, der zu begrüßen ist. Das Verschweigen dieser Mittel hat die Moral keineswegs gehoben, während sachgemäße Belehrung und die Möglichkeit, anerkannte Mittel leicht zu erhalten, viel Nutzen hätten bringen können. Die Reichsregierung kann jedoch das Inverkehrbringen von solchen Mitteln oder Gegenständen von dem Ergebnis einer amtlichen Prüfung abhängig machen und das Inverkehrbringen hierfür nicht geeigneter Gegenstände verbieten. Sie kann auch Vorschriften über das Ausstellen, Ankündigen oder Anpreisen der hiernach zugelassenen Mittel oder Gegenstände treffen. Nach § 184, 3 RStGB. war das Anpreisen oder Ankündigen bisher untersagt. Dieser Paragraph erhält jetzt hinter 3 in 3a die Vorschrift, daß nur strafbar ist, wer Mittel oder Gegenstände zur Verhütung von Geschlechtskrankheiten in einer Sitte und Anstand verletzenden Weise ankündigt, anpreist oder an einem dem Publikum zugänglichen Orte ausstellt.

Digitized by Google

Die *§§ 14* und *15* enthalten Bestimmungen über den Schutz des Stillkindes sowie der Amme. Die Gefährdung durch das Stillgeschäft wird unter Strafe gestellt. Jede Amme hat vor ihrem Stellenantritt ein Zeugnis beizubringen, daß keine Geschlechtskrankheit bei ihr nachzuweisen ist. Bestraft wird auch, wer eine Amme in Dienst nimmt, ohne sich überzeugt zu haben, daß sie im Besitze eines solchen Zeugnisses ist oder auch, wer abgesehen von Notfällen, ein Kind, für dessen Pflege er zu sorgen hat, von einer anderen Person als der Mutter stillen läßt, ohne vorher im Besitz eines ärztlichen Zeugnisses darüber zu sein, daß eine gesundheitliche Gefahr für die Stillende nicht besteht. Ebenso, wer ein syphilitisches Kind von einer anderen Person als der Mutter stillen läßt, obwohl er die Krankheit des Kindes kennt oder den Umständen nach kennen muß, oder wer ein sonst geschlechtskrankes Kind (z. B. an Blennorrhöe leidendes Kind) ohne mündliche Unterweisung durch einen Arzt über die Krankheit und die gebotenen Vorsichtsmaßnahmen von einer anderen Person als der Mutter stillen läßt. Stillen oder Stillenlassen eines syphilitischen Kindes durch eine weibliche Person, die selbst an Syphilis leidet, ist straflos. Auch das in Pflege geben geschlechtskranker Kinder, ohne den Pflegeeltern des Kindes Mitteilung zu machen, ist strafbar. Zur Ausstellung der Gesundheitszeugnisse für Ammen oder zu stillende Kinder sind amtliche Muster ausgegeben. Für den Arzt erwächst daraus die Pflicht der Belehrung der Mutter oder des Kindesvaters hinsichtlich der genannten Bestimmungen.

Im *§ 16* sind die Änderungen der Strafbestimmungen über Kuppelei und gewerbsmäßige Unzucht niedergelegt. Eine entscheidende Umwandlung hat die sogenannte Reglementierung erfahren. Die gefährlichste Quelle zur Verbreitung von Geschlechtskrankheiten ist die offene und geheime Prostitution. Der Staat glaubte, diesem Übel nicht besser begegnen zu können, als daß er Frauen, die gewerbsmäßig der Unzucht nachgingen, der polizeilichen Kontrolle unterstellte, die betreffenden Frauen zur polizeilichen Zwangsuntersuchung und evtl. Zwangsbehandlung zwang und ihnen auch sonstige Beschränkungen auferlegte. Ordneten sich die betreffenden Frauen den polizeilichen Vorschriften unter, dann war ihnen die Gewerbsunzucht erlaubt. Es stellte sich bald heraus, daß die polizeiliche Untersuchung der Prostituierten unter dem Reglementierungssystem eine unzulängliche Waffe im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten darstellte. Ganz abgesehen davon, daß die verlangte Zwangsuntersuchung vom ärztlichen Standpunkt aus unzulänglich war, die Anfängerinnen im Dienste der Venus, die sich naturgemäß möglichst lange der Kontrolle zu entziehen suchten und sich aus Angst vor Entdeckung selbst vor der Inanspruchnahme der ärztlichen Behandlung scheuten, waren gerade die Gefährlichsten für die Verbreitung der venerischen Krankheiten. Und der Umfang der geheimen Prostitution war viel größer als der der kontrollierten, der relativ kleinen Zahl der eingeschriebenen Dirnen stand die erheblich größere der nicht eingeschriebenen gegenüber. Die Sittenkontrolle stellte außerdem eine Ungerechtigkeit gegenüber der Frau dar, sie zwang die Betreffenden zu einer Art sexueller Sklaverei und gab sie polizeilicher Willkür preis. Viele Frauen wurden gewissermaßen dadurch der Prostitution erst richtig in die Arme getrieben,

Digitized by Google

andererseits war die Rückkehr zur menschlichen Gesellschaft den einmal Reglementierten sehr erschwert. Es war daher zu verstehen, daß der Abolitionismus, die Bewegung gegen die staatliche Aufsicht und Meldung der Prostitution, vor allem unter den Frauen mehr und mehr Anhänger gewann. Die abolitionistische Bewegung sieht in der Prostitution eine soziale Krankheit, die nicht in ihren Symptomen, sondern in ihrer Ursache zu bekämpfen sei, die auf wirtschaftlichen, sozialen und sittlichen Gebieten lägen. Das neue Gesetz ist dieser Auffassung sehr entgegengekommen. Der bisherige *§ 361, 6 RStGB.*: mit Haft wird bestraft eine Weibsperson, die wegen gewerbsmäßiger Unzucht einer polizeilichen Aufsicht unterstellt ist, wenn sie den in dieser Hinsicht erlassenen polizeilichen Bestimmungen zuwiderhandelt oder gewerbsmäßig Unzucht treibt, ohne einer solchen Aufsicht unterstellt zu sein — erhält in Ziffer III § 16 eine neue Fassung: Wer öffentlich in einer Sitte oder Anstand verletzenden oder andere belästigenden Weise zur Unzucht auffordert oder sich dazu anbietet. Die neue Fassung beschränkt sich nicht mehr auf weibliche Personen, auch Männer werden erfaßt. Der Begriff gewerbsmäßige Unzucht ist gefallen, die Unzucht als solche wird nicht bestraft, sondern wer öffentlich in einer gegen Sitte und Anstand verstoßenden oder andere belästigenden Weise zur Unzucht auffordert oder sich dazu anbietet. Hinter § 361, 6 wird eine neue Nummer 6a eingefügt (§ 16, IV), die vor allem den Schutz der Jugend gegen eine Gefährdung durch die Prostitution im Auge hat, indem sie die gewohnheitsmäßige Erwerbsunzucht in Nähe von Kirchen, Schulen u. dgl. mit Strafe bedroht, also an Orten, die für die Jugend bestimmt sind oder an denen die Jugend besonders gefährdet erscheint. Nachdem im neuen § 361, 6 die Reglementierung und die darauf bezüglichen Polizeivorschriften gefallen waren, mußten auch die Kasernierung (§ 17) und Bordelle schwinden. Der *§ 180 RStGB.*, der die einfache Wohnungskuppelei mit Strafe bedrohte, machte den Prostituierten das Unterkommen sehr schwer und führte meist zur schlimmsten Ausbeutung der betreffenden Mädchen. Jetzt erhält § 180 einen 2. und 3. Absatz. Als Kuppelei gilt insbesondere die Unterhaltung eines Bordells oder bordellartigen Betriebes. Wer einer Person, die das 18. Lebensjahr vollendet hat, Wohnung gewährt, wird auf Grund des Abs. 1 nur dann bestraft, wenn damit ein Ausbeuten der Person oder ein Anhalten dieser Person zur Unzucht verbunden ist. In praxi liegen also die Dinge jetzt so, daß das Gewähren von Wohnung an eine Prostituierte straflos ist, sofern kein Ausbeuten (also unverhältnismäßig hohe Miete u. dgl.) oder Anwerben oder Anhalten zur Unzucht damit verknüpft ist. Die sogenannten Absteigequartiere fallen natürlich immer noch unter den Begriff der Kuppelei, wie auch die kurze, stundenweise Überlassung von Zimmern zum Zwecke der Unzucht.

Ich möchte noch auf den Absatz 2 des § 2 hinweisen, nach dem durch Ausführungsbestimmungen dafür Sorge zu tragen ist, das die Behandlung Minderbemittelter aus öffentlichen Mitteln sichergestellt wird. Wer ist nun minderbemittelt? Die vorläufige Anweisung zur Durchführung des Reichsgesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und die hierzu ergangene Ausführungsverordnung gibt Richtlinien darüber. Darunter fallen 1. Geschlechtskranke, die ohne

Digitized by Google

Gefährdung ihres Lebensbedarfes die Kosten der Behandlung einer Geschlechtskrankheit nicht tragen können; 2. solche, die auf Grund einer Versicherung ärztliche Behandlung nicht in Anspruch nehmen wollen, weil dies ihnen wirtschaftliche Nachteile bringen könnte. Es ist klar, daß bei manchen Kassen, besonders an kleineren Orten, Indiskretionen vorkommen. In solchen Fällen sollen die Gesundheitsbehörden, öffentliche Beratungsstellen usw. dem Kranken Auskunft erteilen, wohin er sich zu wenden hat.

Das wäre das Wesentliche, was an dieser Stelle über das neue Gesetz zu sagen ist. Ein großer Pflichtkreis ist damit den Ärzten im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten gezogen. Das Gesetz selbst enthält einschneidende und in die persönliche Freiheit unter Umständen tief eingreifende Bestimmungen, ist jedoch trotz allem als kräftige Waffe gegen die Geschlechtskrankheiten zu begrüßen, und wir dürfen hoffen, daß das Gesetz sich zum Wohle unseres Volkes auswirken wird. Es ist dabei notwendig, daß die in Frage kommenden Behörden loyal und großzügig an die Durchführung des Gesetzes herangehen und sich nicht durch kleinliche bürokratische Gesichtspunkte beengen lassen. Als vollkommen dürfen wir das Gesetz nicht ansehen, es ist ein Kompromißgesetz. Wer die ungeheueren schier unlösbaren Schwierigkeiten kennt, die den Werdegang des Gesetzes begleitet haben, wird einsehen, daß man über gewisse Schwächen, die dem Gesetz ohne Zweifel anhaften, hinwegsehen und froh sein muß, daß wir schon so weit gelangt sind.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ist jetzt auf eine gesetzliche Grundlage gestellt, von der aus man weit wirksamer als früher vorgehen kann. Es sei bloß auf die Möglichkeit hingewiesen, ansteckungsgefährliche Säumige evtl. durch Zwang der Behandlung zuzuführen, was tatsächlich in der kurzen Zeitspanne seit Inkrafttreten des Gesetzes schon bemerkenswerte Ergebnisse gezeitigt hat. Man muß sich natürlich hüten, daß sich das Gesetz in seiner Ausführung falsch auswirkt. Wenn zum Beispiel darüber geklagt wird, daß sich die Prostitution jetzt weit breiter mache als früher und zur Zeit eine Zunahme der Geschlechtskrankheiten als Folge des neuen Gesetzes zu verzeichnen sei, so muß man dem gegenüber bedenken, daß wir uns in einer Übergangszeit befinden und erst Erfahrungen sammeln müssen. Wo Mißstände eintreten, sind sie durch die Gesundheitsbehörden abzustellen, vielfach werden sie dabei die Hilfe der Polizei nicht entbehren können. Keinesfalls darf es bei der Durchführung des Gesetzes zu einer Einschränkung der ärztlichen Tätigkeit kommen. In einem Artikel der Kl. W. 1928, Nr. 3: „Aufgaben der Stadt Berlin zur Durchführung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten" von *Solbrig* findet sich unter Sonderbestimmungen, daß die Wiederholung einer Syphiliskur frühestens 3 Monate nach Beendigung der vorhergehenden zulässig ist. Die Bekämpfung der Lues, vor allem der Frühlues, wird durch derartige Verordnungen wesentlich erschwert. Denn gerade die Fälle von Lues I und Lues II recens verlangen maximale Frühbehandlung in Gestalt des 2—3 Kurensystems, wobei wir die 2. Kur der 1. schon nach 5 Wochen, die 3. der 2. nach 8 Wochen folgen lassen müssen, wollen wir die sichersten Erfolge erzielen.

Digitized by Google

IV.

(Aus der Universitätshautklinik Bonn [Direktor: Prof. Dr. *E. Hoffmann*].)

Von der Verwendung des Jods bei der Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Von

ALOIS M. MEMMESHEIMER.

In den letzten Jahren ist das Element Jod in den Vordergrund des wissenschaftlichen Interesses gerückt, und zwar nicht nur im Hinblick auf das neuerdings so akut gewordene Schilddrüsenproblem, sondern auch aus der Erkenntnis heraus, wie gering unser Wissen über die biologischen Wirkungen des Elements, die empirisch schon seit langer Zeit erkannt wurden, ist. So sind denn zahlreiche Arbeiten erschienen, die sich mit dem Jod, seinem Vorkommen in der Natur, dem Kreislauf und dem Stoffwechsel im tierischen Organismus (*v. Fellenberg, Holm*), mit seiner Verwendung in der inneren Medizin (*Slauk*) sowie mit der Geschichte der Jodtherapie (*Veil* und *Sturm*) beschäftigten. Es erschien uns deshalb erwünscht, auch die Arbeiten zusammenfassend zu betrachten, die im Laufe der letzten Jahre den Verwendungsbereich des Jods im Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten studierten und experimentell zu ergründen suchten, zumal gerade in der ausländischen Literatur solche Arbeiten ziemlich häufig sind.

I. Pharmakologische Beobachtungen und Nebenwirkungen.

Betrachten wir zuerst Aufnahme und Ausscheidung des Jods. Über seine *Resorption bei innerer Anwendung* ist folgendes bekannt. Nach *Osborne* bleibt bei Darreichung von 1,0, 5,0 und 20,0 Natriumjodid die Jodkonzentration im Blute immer die gleiche. Die Einverleibung von Jod als Tropfklistier steht hinter der per os zurück. Bei der peroralen Anwendung von Natriumjodid steigt die Natriumkonzentration im Blut proportional. Nach Gaben von Kaliumjodid tritt keine Erhöhung der Kaliumkonzentration im Blute auf, sondern der Na-Konzentration. Bei oraler Verabfolgung von KJ bildet sich eine Natriumeiweißver-

Digitized by Google

bindung, während nach NaJ nur Spuren von Jod in Verbindung mit Eiweiß treten. Nach *Grabfield* kann man durch perorale Jodgaben den Reststickstoff des Blutes verdoppeln und verdreifachen. Nach *Fuld* und *Müller* wird Jod bei innerlicher Anwendung in Mengen von 5—10 cg pro Tag nur in Spuren im Harn wieder ausgeschieden, zum größten Teil wird es gespeichert. Jodtinktur mit Milch, peroral gegeben, wird in hohen Dosen vertragen, weil sich ein Jodeiweiß bildet (*Lafay*).

Tierversuche über experimentell erzeugte histologische Änderungen beim Kaninchen durch Jodkalium und Jodnatrium ergaben, daß nach peroralen Gaben von 0,04—0,24 g Natriumjodid oder Kaliumjodid pro Kilo Körpergewicht von 12 Tieren 7 nach 19—28 Tagen starben. 5 Tiere lebten noch nach dem 36. Tag. Histologische Änderungen fanden sich in Lunge, Leber und Nieren. Die Lungen zeigten Stauung und geringes Ödem, die Nieren geringe trübe Schwellung der Tubuli contorti und der aufsteigenden Äste der Henleschen Schleife. Im Zentrum der Leber zeigte sich trübe Schwellung und geringe Verfettung. Die Blutgefäße enthielten sehr viel klares Serum. Große Unterschiede bei den beiden Verbindungen oder infolge der Erhöhung der Dosen fanden sich nicht (*Kolmer* und *Lucke*).

Bei *intravenöser Anwendung* läßt sich im Laufe der ersten Stunde eine schnellere Ausscheidung von Natriumjodid als von Kaliumjodid beobachten. Jeder Erwachsene verträgt gut 19 g Jodnatrium intravenös in 10%iger Lösung. Bei Kaliumjodid beträgt die Konzentration im Serum nach 10,0 g Kaliumjodid intravenös in 10%iger Lösung 43 mg% nach 48 Stunden nur noch eine Spur. Im Bluteiweiß findet man nach Natriumjodid nur Spuren Jod, nach Kaliumjodid im Durchschnitt 16,8% (*Osborne*).

Die intravenöse Anwendung wurde von den schon genannten *Kolmer* und *Lucke* in Tierversuchen geprüft. Es erhielten Kaninchen 0,02—0,16 g Natriumjodid oder Kaliumjodid pro Kilo Körpergewicht intravenös zweimal wöchentlich. 5 Tiere vertrugen 12 Injektionen, die übrigen starben vorher. Die Änderungen der Gewebe waren ähnliche wie nach peroraler Verabreichung von Jod. Tiere, die eine einmalige Injektion von 0,1 bis 0,5 g Jodnatrium oder Jodkalium erhielten, zeigten keinerlei Veränderungen in den Geweben. Diese Befunde sind besonders deshalb von großer Bedeutung, weil Arsenikalien, Quecksilber und Wismut häufig degenerative Veränderungen verursachen.

Digitized by Google

Praktisch von großer Wichtigkeit ist die *Jodaufnahme durch die Haut*. Wie aus zahlreichen Beobachtungen hervorgeht, wird Jod durch die Haut resorbiert. So wurde in neuerer Zeit die Jodresorption der intakten Haut von *Wetzel* und *Kniepf* untersucht. Diese Forscher kamen zu dem Ergebnis, daß eine Resorption stattfindet. *Schoeps* fand die günstigsten perkutanen Resorptionsbedingungen für Jothionöl. *Wittich* glaubt die Aufnahme durch die Zwischenräume der Epidermis annehmen zu können, *Röhrig* denkt an eine Aufnahme durch die Schweißdrüsen. Man darf annehmen, daß die Jodalkalien in wässeriger Lösung die intakte Hautfläche nicht durchdringen, sondern daß erst die Applikation des Jods in alkoholischer Lösung und Salbenform (hier auf Grund einer H_2O_2-Entwicklung) durch Abspaltung von freiem Jod eine Resorption zuläßt. Das freie Jod passiert die Haut ziemlich leicht; besonders stark scheint die Resorption an Schleimhaut und Wundflächen zu sein. Es geht in Form einer Eiweißverbindung ins Blut über. *Schuhmacher* konnte längere Zeit nach der Entwicklung von Jodtinktur an intakter Haut noch Jodeiweißverbindungen feststellen, auch dann, wenn der Jodanstrich schon unsichtbar geworden war. Er bestätigte damit teilweise die Untersuchungen von *Feist* und *Bonhoff*, die bei der perkutanen Jodapplikation die Wirkung sowohl auf das freie Jod als auch auf entstandene Jodeiweißverbindungen bezogen.

Bezüglich der Resorption von Jodkalium durch die Haut findet man die widersprechendsten Angaben in der Literatur. Alle Versuche, die bisher mit Jodkaliumsalbe gemacht wurden (vgl. die älteren Versuche von *Lion*, *Hirschfeld* und *Pollio*), schließen die Fehlerquellen in sich, daß die Salbengrundlagen durch Spuren freier Säuren elementares Jod freimachten, das dann angeblich von der Haut resorbiert wird. Dies würde eine Resorption von Jodkalium vortäuschen. Wie kompliziert bei solchen Versuchen die Verhältnisse liegen, geht aus einer Arbeit von *Zwick* hervor. Von *Canals* und *Gidon* wurden deshalb Versuche angestellt, bei denen Jodkaliumlösung in Form feuchter Verbände appliziert ein völlig negatives Resultat bezüglich der Resorption gab. Von Salben aus erfolgte eine Aufnahme des Jodkaliums durch die Haut, auch aus Salben, denen unterschwefligsaures Natrium zugesetzt war, um die Bildung von freiem Jod zu verhindern. Die einzelnen Salbengrundlagen verhielten sich ziemlich gleichmäßig; nur Lanolin verzögerte die Resorption. Jod in Form von Jodvasogen in einer Menge von 5—10 cg auf

Digitized by Google

die gesunde Haut verrieben geht nach *Fuld* und *Müller* auch nicht in den kleinsten Mengen in den Harn über. Der größte Teil des Jods scheint sich zu verflüchtigen. Nach *Peters* ist mit Isapogen (einer flüssigen Jodkampferseife, die zu gleichen Teilen je 6% Jod und Kampfer an vegetabile Fette gebunden enthält und sehr resorptionsfähig sein soll) eine perkutane Jodtherapie möglich. Auch *Oppenheim* hat mit diesem Präparat ausgezeichnete Erfolge. Bei dem Isapogen soll sich durch Verseifung freies Jodkalium abspalten. Daß auch durch Gebrauch von Jodbädern Jod in den Körper aufgenommen werden kann, konnten *Günther* und *Crippa* nachweisen.

Die Ausscheidung von Jod, das in den Körper hineingebracht ist, erfolgt hauptsächlich durch den Harn. Nach Gaben von 1,0—20,0 g Jodkalium per os beobachtete *Osborne* die höchste Jodkonzentration im Urin bis zur 2. und 4. Stunde. Die Gesamtausscheidung war in 96 Stunden beendet. Im Stuhl ließ sich keine wesentliche Ausscheidung feststellen (insgesamt nur 200 mg J nach 5 g NaJ). Jodnatrium wird bei intravenöser und peroraler Zuführung gleichmäßig schnell ausgeschieden. Kleine Dosen werden ebenso schnell entfernt wie große. Nach *Ascher* kommt Jod im Speichel und Magen zur Ausscheidung, wenn der Jodgehalt des Blutes eine gewisse Konzentration erreicht hat. *Bonnamour* und *Delore* untersuchten die Ausscheidung verschiedener Jodpräparate durch den Harn. Sie stellten fest, daß Jod, in Milch gelöst, am raschesten ausgeschieden wird. Eine etwas langsamere Ausscheidung findet sich bei in Glyzerin gelöstem, die langsamste bei kolloidal gelöstem Jod.

Über *die Wirkung der Jodtinktur* liegen ebenfalls neuere Untersuchungen vor. Bekanntlich verleiht ein Jodzusatz von 2 oder 5% dem 25%igen Alkohol eine außerordentlich hohe Desinfektionskraft. Nach *Rachmilewitsch* sind bereits nach einer Minute durch Jodspiritus alle Bakterien abgetötet, während der 25%ige Alkohol allein selbst nach 60 Minuten die Bakterien lebensfähig läßt. Offizinelle Jodtinktur und 96%iger Alkohol tötet jeder für sich die Bakterien nach 1 Minute ab. Diese starke Desinfektionswirkung des 96%igen Alkohols zeigt sich aber nur gegenüber feuchtem Bakterienmaterial. Gegenüber angetrockneten Bakterien läßt der Alkohol im Stich. Bei chemischer Neutralisation des Jods durch Natriumthiosulfat ist die Jodtinktur dem 96%igen Alkohol an Desinfektionskraft noch weit überlegen, wenngleich die Desinfektionswirkung der Jodtinktur sich jetzt ebenfalls geringer erweist. 10%ige Jodtinktur zeigt starke bak-

Digitized by Google

terientötende Kraft. Desinfektionsversuche an der Haut stimmen mit den in vitro erhaltenen Resultaten überein. Wurde von der jodierten Haut abgeimpft, so wuchsen gewöhnlich keine Bakterien mehr; nach Neutralisation mit Natriumthiosulfat waren dagegen noch entwicklungsfähige Keime nachweisbar. Ein Unterschied der Jodwirkung bei vorher gewaschener und getrockneter und vorher nicht gewaschener Haut war nicht zu erkennen. Die vorherige Waschung ist vorzuziehen, da hierdurch die Haut an sich schon keimärmer gemacht wird.

Pamfil hat einen kleinen Apparat vorgeschlagen, in welchem das reine pulverisierte Jod mit 20%igem Natriumjodat oder Kaliumjodat vermischt und unter Beigabe von 95%igem Alkohol die Jodtinktur hergestellt wird. So hat man stets eine frische Jodtinktur zur Hand. *Scheringa* hat, um die Nachteile der alt gewordenen Jodtinktur zu vermeiden, ein trockenes Gemenge von Jod und Talkum angegeben (2½—5%), das die Nachteile der Jodtinktur nicht hat und angeblich noch intensiver durch langsamere Resorbierung des Jods wirken soll.

Die Wirkung der Jodtinktur auf die Haut ist mehrfach Gegenstand von Untersuchungen gewesen. Die ersten Untersuchungen hierüber stammen von *Schede* und *Binz*. Diese Autoren fanden schon wenige Stunden nach einer energischen Pinselung eine seröse Ausschwitzung und eine Massenauswanderung von weißen Blutkörperchen nicht nur in der Haut, sondern auch subkutan und intramuskulär, also in ziemlicher Tiefe. Nach einigen Tagen konnten sie regressive Vorgänge feststellen, und zwar eine fettige Degeneration von Leukozyten und Gewebe und darauf Einschmelzung. Vielleicht können auf diesem Wege krankhafte Produkte, die im Bereich dieser Veränderungen liegen, zur Resorption gebracht werden. Von neueren Arbeiten seien folgende genannt. Kapillarbeobachtungen von *Niekau* zeigen, daß die Jodtinktur Kapillarerweiterung der arteriellen Kapillarschenkel verursacht. *Fritzler*, der die geschorene Bauchhaut bei gesunden Meerschweinchen in Ausdehnung von 2 qcm mit gewöhnlicher Jodtinktur bepinselte und die Veränderungen histologisch durch Probeexzisionen nach 1 Stunde bis 16 Tagen untersuchte, fand alle Zeichen einer akuten Entzündung (Hyperämie, Ödem), der sich regenerative und regressive Prozesse (oberflächliche Nekrosen) anschlossen. Diese Entzündungserscheinungen waren am 16. Tag noch nicht völlig abgeklungen. *Fasani-Volarelli un*tersuchte die Wirkung von Jodtinktur, welche verdünnt auf die Kämme und Lappen von Hüh-

Digitized by Google

nern gebracht wurde. Er erhielt Zellveränderungen im Stratum germinativum und filamentosum des Epithels, aber gleichzeitig eine aktive Proliferation anderer Zellen derselben Schichten. An der Kutis erfolgte ein Austritt von Serum und Polynukleären und bindegewebige Neubildung. Bei Fortsetzung der Jodapplikation nahmen zwischen dem 20. und 40. Tage die regressiven Veränderungen zu; sie waren stärker als die der Reparation. Im Bindegewebe begannen sich sklerotische Prozesse zu entwickeln.

Daß aber diese Hautreize nicht stark reizender Natur sind, geht daraus hervor, daß langdauernde Jodreizung keine Krebsbildung bewirkt. *Rosenstirn* hat Versuche an 200 weißen Mäusen von Stämmen ausgeführt, die als empfänglich für Geschwülste bekannt waren. Es wurden verschiedene Jodpräparate sowohl in alkoholischer wie in wässeriger Lösung auf die Haut aufgetragen und die Versuche über 18 Monate fortgesetzt. Makroskopisch zeigte sich in den späteren Perioden des Versuches nur eine gewisse Hautatrophie, mikroskopisch kam es zu Infiltrationen mit Lymphozyten oder Fibroblasten. Im Endstadium entwickelte sich fibröse Hyperplasie, die auf die Hautdrüsen übergriff. Niemals trat Hyperkeratose ein.

Das Verschwinden eines Jodanstriches ist bei verschiedenen Menschen verschieden. Aus dem Zeitablauf des Verschwindens glaubt *A. Mayer* prognostische Schlüsse ziehen zu dürfen. Er machte folgende Beobachtung: Im Verlauf einer schweren puerperalen Sepsis mit Vereiterung des rechten Auges und mit Pustelbildung an der allmählich sehr trocken gewordenen Haut, fiel es auf, daß Jodflecke im Stadium der noch schweren Allgemeinerkrankung tagelang fast unverändert bestehen blieben. Die Jodflecke verschwanden plötzlich in der Zeit, in der die schweren Allgemeinerscheinungen zurückgingen. Mit der beginnenden Genesung wurde also die Fähigkeit der Haut, den Jodanstrich zu beseitigen, erheblich gesteigert, während sie vorher tief darnieder lag. Bei Kontrolluntersuchungen an normalen Wöchnerinnen verschwanden die Jodpunkte von einem zum anderen Tag. Dagegen blieben sie ebenfalls bestehen bei Athyreoidose, schwerer Anämie, Myxödem und anderen mit Verminderung der Schweißbildung einhergehenden Erkrankungen. Basedow und Zustände mit vermehrter Schweißbildung beschleunigten das Verschwinden der Jodflecken. Das geschilderte Phänomen zeigt also Abhängigkeit von der Schweißsekretion.

Über die *Jodabspaltung* aus Jodoform und dessen Ersatz-

Digitized by Google

präparaten wurden von *Bachem* und *Kriens* folgende Beobachtungen gemacht. Untersucht wurde das Abspaltungsvermögen von Jodoform, Jodoformogen, Jodoformin, Novojodin, Europhen, Aristol, Airol, Vioform, Isoform, Jodol und Jodolen bei Einwirkung von Wasser, diffusem Tageslicht, Sonnenlicht und Brutschranktemperatur sowie mit Zusammenbringen von Eiweißlösungen unter den gleichen Bedingungen. Die bakterizide Wirkung des Novojodins, Airols, Aristols und Europhens, die leicht abspalten, entspricht nicht dem Grade der Jodabspaltung. Andererseits ist die antiseptische Wirkung des Vioforms und des Jodoforms bekannt, denen die Fähigkeit, Jod abzuspalten, nur in geringem Grade zukommt. Die *Binz*sche Theorie, nach der die keimtötende Wirkung des Jodoforms auf der Abspaltung von freiem Jod beruht, erscheint daher nicht ausschließlich Geltung zu haben, und es ist möglich, daß das intakte Molekül oder auch andere Abbauprodukte desselben an der Wirkung mitbeteiligt sind.

Die Frage der Jodspeicherung in normalen, mehr aber noch in pathologisch veränderten Geweben wurde von *Loeb*, *Jakoby*, *von den Velden*, *Riehl*, *Schraunk* u. a. bearbeitet. Danach erfährt das Jod im Organismus eine Ablenkung nach den erkrankten Geweben. So konnte in karzinomatösem, tuberkulösem und luischem Gewebe eine deutliche Jodspeicherung festgestellt werden. *Oswald Loeb* nahm sogar eine Entionisierung des Jods durch Zelltätigkeit und eine organische Bindung an das Gewebe an. Bei Lues hält er echt chemische Bindung für sicher, bei Tuberkulose läßt er die Annahme einer Adsorption gelten. *Holler* und *Singer* verlegen die Jodspeicherung in das peritumorale Gewebe. Sehr wichtig war nun die Feststellung, daß es gelingt, durch Röntgenstrahlen das Jodbindungsvermögen von Tumoren zu steigern. *Stepp* und *Jess* versuchten diese Beobachtung der Therapie nutzbar zu machen. Jedoch konnte *Werner* keine größeren Erfolge buchen. Es erscheint lohnend, diese Fragen weiterhin experimentell anzufassen.

Über Vergiftungen mit Jod und seinen Verbindungen liegt eine Studie von *Holm* vor. Für den Dermatologen sind als *Nebenerscheinungen* des Jods vor allem zu beachten: 1. die Jodidiosynkrasie, 2. durch Jod hervorgerufene Hauterscheinungen und 3. die durch Jod hervorgerufene Sensibilisierung des Körpers gegen Strahlen.

Grientschnig beobachtete 2 Fälle von Jodidiosynkrasie. Bei einer Patientin trat auf Bepinseln des Zahnfleisches mit Jod-

Digitized by Google

tinktur eine starke Anschwellung der Oberlippe und ein Ödem am harten Gaumen auf. Auf eine abermalige Jodpinselung kam es zu einem mächtigen Ödem des ganzen Gesichtes von einhalbstündiger Dauer, das auf den Kopf und den Hals übergriff und zu starker Atemnot führte. Eine ähnliche Beobachtung von geringer Ausdehnung wurde an einer zweiten Patientin gemacht. Eine gewisse Bedeutung hat die Jodidiosynkrasie in der Chirurgie. *Rowell* beobachtete eine schockartig 12 Stunden post operationem beginnende, mit Purpura einhergehende, tödlich verlaufende Jodvergiftung im Anschluß an mehrfache Joddesinfektionen des Operationsfeldes und der Operationswunde. Ein weiterer Fall von Jodidiosynkrasie wurde von *Sainz de Aja* beschrieben. Hier kam es bei einer Frau von 30 Jahren mit Hyperthyreoidismus und Hauttuberkuliden nach der dritten endovenösen Einspritzung von 1 g Natriumjodid in 20%iger Lösung zu starkem Erbrechen mit nachfolgender intensiver Gesichtszyanose, Schwund des Bewußtseins und Absinken und Verschwinden des Radialispulses. Auf Kampfer und Adrenalin sowie Koffein trat leichte Besserung ein. Es kam aber dann zum Auftreten von Erbrechen und generalisiertem Ödem des Gesichts. Nach 2 Stunden nahm der Puls wieder normale Formen an. Patientin klagte dann noch 2 Tage lang über heftige Schmerzen im Ohr.

Experimentelle Untersuchungen über die Jodidiosynkrasie der Haut wurden von *Buschke* und *Ollendorff* angestellt. Bei einem 38jährigen Patienten, der an einer universellen Dermatitis nach Jodkalium litt, ließ sich neben der Jodüberempfindlichkeit, für welche außer der Anamnese auch der Ausfall funktioneller Prüfungen sprach, Jodoformüberempfindlichkeit nachweisen. 14 Tage nach Abschluß der Reizversuche, als die Dermatitis schon völlig geheilt war, trat plötzlich die Hautentzündung in fast derselben Form wie das erstemal wieder auf. Am Eruptionstag wurde im Urin in großer Menge Jod nachgewiesen. An den folgenden Tagen gelang dagegen der Jodnachweis im Urin nicht. Nach den Autoren ist das Rezidiv in Beziehung zu den im Organismus kreisenden größeren Jodmengen zu setzen, und man darf annehmen, daß in diesem Fall eine durch Vorgänge im Körperstoffwechsel hervorgerufene Dermatitis (bei nachgewiesener Hautempfindlichkeit gegenüber empfindlichen Stoffen) vorliegt. Eine Bläschendermatitis infolge äußerer Jodanwendung beobachtete *Brain*. Ein weiterer Fall von außerordentlicher Jodüberempfindlichkeit wurde von *Lanzenberg* be-

Digitized by Google

richtet. Bei einem Kranken mit Sykosis des Gesichts kam es nach einem einzigen Verband mit verdünnter *Lugol*scher Lösung zu einem ausgedehnten Erythem und Ödem des ganzen Gesichtes und Halses und zu hochgradiger Dyspnoe. Es fand sich ferner hochgradiges Larynxödem. *Hüter* sah nach einem Verband mit Jodtinktur um den Hals einen Erstickungsanfall ohne irgendwelche Hautreize. Da in der Jodtinktur sich Methylalkohol befand, ist dieser vielleicht für dieses Symptom verantwortlich zu machen.

Weber sah mehrere Fälle von Ödem des Gesichts kurz nach Jodeinnahmen. In einem Falle war das akute Ödem der Augenhöhlen und des Gesichtes von einem sublingualen Ödem begleitet. Gleichzeitig entstand plötzlich eine Urtikaria am Kopf und am Stamm; es kam zu heftigen Schmerzen. Die Beschwerden wurden nach einer Adrenalininjektion um ein geringes gebessert.

Zum zweiten Punkte (Hauterscheinungen) ist folgendes zu bemerken. Die Hauterscheinungen nach Jod sind hauptsächlich bei innerer Anwendung des Medikamentes beobachtet worden. Es handelt sich hier meist um papulöse, nodöse, pustulöse Exantheme, um die Jodakne, das Jododerm und den Jodpemphigus.

In den letzten Jahren wurden von *Arndt* nodöse Joderytheme, von *Parounagian* und *Rulison* ein Jodkaliumexanthem, von *Hodara* und Mitarbeitern ein knötchenförmiger, pustulöser, ekzematöser und wuchernder Jodausschlag, von *Zinßer* u. a. ein Jododerma bullosum, von *Hallé* ein papulöses Jodexanthem bei einem 8jährigen Mädchen beobachtet. *Weber* berichtete über mehrere Fälle von Jododerma tuberosum fungoides.

Weitere Jodausschläge wurden von *Oliver*, von *Mutschlechler*, von *Leibkind*, *Andrews*, *Bruhns*, *Engman*, *Danel*, *Wise*, *Christoph* und *Semon* beobachtet. Fälle von Jodakne sind von *Cosiva* und *Wile* u. a. beschrieben.

Nach *Weber* kommt es gelegentlich nach Jodzufuhr zu Schwellungen der Parotis- und Submaxillardrüsen vielleicht im Zusammenhang mit der Ausscheidung des Jods durch den Speichel. Auch Schwellungen der Schilddrüsen nach Jodgebrauch kommen häufiger vor. Ebenso werden gelegentlich bei Jodismus Temperatursteigerungen beschrieben.

Über die Pathogenese dieser Ausschläge ist wenig bekannt. So ist nach *Harthausen* die Pathogenese der Jodakne noch recht unklar. Dieser Untersucher glaubt nicht an eine irritierende Wirkung des abgespaltenen freien Jods in den Hautdrüsen (Abspal-

Digitized by Google

tungshypothese). Viel spricht dafür, daß die ungespaltenen Jodsalze selbst die wirksamen Faktoren sind. In sehr gründlichen Untersuchungen konnte *Haxthausen* zeigen, daß die hämolytische Wirkung der Staphylokokken (auf Blutagar) sowie die Wirkung des proteolytischen Staphylokokkenferments (in 10%iger Gelatine) bei der Anwesenheit von Natriumjodid im Vergleich zu NaCl bedeutend zunimmt. Es handelt sich hier nicht um quantitative Vermehrung der Bildung dieser beiden Bakterienprodukte, sondern um eine Zunahme ihrer Diffusionskraft, in dem durch das Jodsalz kolloid veränderten Milieu. Auf Grund dieser instruktiven Experimente zieht er Analogieschlüsse von der entzündungsbegünstigenden Wirkung des Jodsalzes in vitro auf die sich in vivo abspielenden Hautentzündungsprozesse bei der Jodakne.

Heinen führt die Jodakne auf Zersetzung des jodkalihaltigen Schweißes zurück, in welchem dem Azeton nahestehende Stoffe entstehen sollen. Durch Vollbäder mit Sodazusatz gelang es ihm, Jodschnupfen und Akne zu beseitigen. Angeblich blieb die Jodschädigung auch bei weiterer Applikation des Jods fort, sofern die Sodabäder weitergegeben wurden. Aus theoretischen Erwägungen heraus wurde deshalb die interne Verabfolgung von Natriumbikarbonat schon lange zur Bekämpfung der Jodintoxikation empfohlen.

Nach *Wile, Wright* und *Smith* sind die Pusteln der Jodakne zwar nicht steril, doch finden sich Bakterien darin erst sekundär. Die vom Jod erzeugte Hautentzündung stellt nach diesen Autoren eine biochemische Reaktion dar.

Sehr eigenartig ist das Verhalten der Dermatitis herpetiformis nach Jodzufuhr. Die eigenartige Empfindlichkeit dieser Erkrankung, auf interne Jodmedikation mit neuen Krankheitsschüben zu reagieren, war namentlich in Frankreich schon länger bekannt. *Jadassohn* konnte bei solchen Patienten durch äußere Anwendung von Jodkalisalbe Effloreszenzen von Dermatitis herpetiformis an der Applikationsstelle hervorrufen. Untersuchungen von *Spitzer* an der Breslauer Hautklinik zeigten, daß von 11 Fällen 88% bei interner und 20% bei lokaler, externer Jodanwendung mit einem neuen Krankheitsschub reagierten. In einem Falle gelang es durch interne Darreichung kleinster Jodmengen, eine Gewöhnung an zuvor nicht vertragene Dosen zu erreichen. Diese Jodempfindlichkeit spricht bis zu einem gewissen Grade für einen Zusammenhang der Krankheit mit endogenen Momenten, wie z. B. mit Störungen der Schild-

Digitized by Google

drüse, wofür auch die gelegentliche Kombination mit Basedow und erhöhtem Schilddrüsenabbau zu verwerten wäre. Auch bei einem Fall von *Werther* konnte durch 1 g Jodkali per os ein prompter Nachschub von Dermatitis herpetiformis Efflores-zenzen hervorgerufen werden. Es ist Aufgabe der Forschung, diese rätselhaften Erscheinungen weiter aufzuklären, zumal *Rost* einen Weg dazu wies.

Die durch Jod hervorgerufene Sensibilisierung des Körpers gegen Röntgenstrahlen schließt eine erhöhte Röntgenverbrennungsgefahr in sich (*Fränkel*). Es sind so Röntgenverbrennungen bekannt geworden, die eben zum Teil als Jodschädigung betrachtet werden müssen.

II. Jod bei Geschlechtskrankheiten.

Trotz Salvarsan und Wismut hat das Jod seine Stellung bei der *Syphilisbehandlung* zu behaupten gewußt. Wenn es auch nur eine symptomatische Wirkung hat, die besonders bei tertiärer Syphilis, aber auch bei manchen sekundären Erscheinungen wie Cephalaea, Periostitis, Gelenk- und Nervenbeschwerden, frühulzerösen und Gefäßerkrankungen hervortritt (*E. Hoffmann*), so ist es gerade zur Anwendung einer milden und vorsichtigen antiluischen Behandlung besonders alter Patienten unentbehrlich.

Die Tatsache der Jodspeicherung im syphilitischen Gewebe wurde schon erwähnt. So wird eine Reaktion des Gewebes unter erhöhter Jodzufuhr verständlich. Gerade bei gummösen Prozessen sind deshalb die Erfolge große. Man kann sich auch vorstellen, daß eine Jodbehandlung für das Salvarsan einen günstigen Boden schafft. So hat *Spiro* auf mögliche Wechselwirkungen zwischen Arsen und Jod erst in letzter Zeit hingewiesen. Ferner ist aus den Erfahrungen der inneren Medizin bekannt, wie es bei perniziöser Anämie durch Jodgaben gelingen kann, einen Wirkungseffekt des Arsens auf die roten Blutkörperchen, der vorher vermißt wurde, zu erzielen. Erinnert sei auch an die Tatsache, daß bei der Kombination von Jod und Quecksilber die Ausscheidung von Hg durch die Nieren erheblich beschleunigt werden kann, so daß es zu einer Schwächung der Hg-Wirkung kommt.

Die gebräuchlichsten Mittel bei der Luesbehandlung sind Jodkali, Jodnatrium, und von fertigen Mitteln Sajodin, Jodipin, Alival, Jodglidine und Mirion.

Jodkali und Jodnatrium werden in 1% wäßriger Lösung

Digitized by Google

verschrieben, wovon dreimal täglich 1—2 Teelöffel verordnet werden. Bei hartnäckigen Erscheinungen steigt man auf 6 g pro die, besonders wenn Quecksilber und Salvarsan nicht angewandt werden können. Jodkali wirkt stärker als Jodnatrium. Um auch Empfindlichen das Einnehmen von Jod möglich zu machen, reicht man Jodkali in Geloduratkapseln, die sich erst im Darme lösen; zuweilen wird etwas Antipyrin zugesetzt. Solche Kapseln sind als internes Antisyphilitikum bei älterer Lues recht brauchbar. Jodsalze werden nach den Mahlzeiten in Milch, Hafer- oder Reisschleim genommen. Sehr gut vertragen wird das kräftige Sajodin (jodmonobehensaures Kalium). Milder ist Jodglidine (jodiertes Pflanzeneiweiß). Einspritzungen von Jodipin (25 % iges Jodöl) ins subkutane Gewebe der Glutäen wirken sehr langsam und milde. Alival enthält 33 % Jod. Es wird in Tabletten und auch intragluteal verabreicht; in letzterer Form soll es sehr kräftig wirken.

Das Mirion, das etwas Jod in einem Kolloid eingeschlossen enthält, wurde in der ersten Zeit sehr gelobt. Die 1,7 % Jod sind im Gegensatz zu den Jodkalien in besonders leicht abspaltbarer Form vorhanden (*Fröhlich*). Im Tierversuch erwies sich die Verbindung als ungiftig. Nach *Oppenheim* läßt sich mit Mirion eine *Jarisch-Herxheimer*sche Reaktion, d. h. eine kräftige, zum Teil spezifische, zum Teil wohl unspezifische Wirkung auslösen. *Kyrle* und *Planner* haben ihre klinischen Erfahrungen mit diesem Jodpräparat veröffentlicht. Bei der in der Überzahl der beobachteten Fälle vorgenommenen kombinierten Anwendung mit Salvarsan scheint die Zurückbildung der Krankheitserscheinungen rascher zu erfolgen als mit Salvarsan allein, besonders wenn mehrere Jodinjektionen der Salvarsanbehandlung vorangeschickt wurden. Ebenso wurden die Liquorveränderungen, und zwar auch bei älterer Lues, sehr gut beeinflußt. Bei Metalues sahen die Autoren weitgehende subjektive Besserung. Weniger gute Resultate hatte *Hajos*. Bei diesem übte das Mirion allein bei 20tägiger Verabreichung (je 5 ccm) nicht den geringsten Einfluß weder auf die Spirochäten, noch auf die Hauterscheinungen, noch auf die Seroreaktionen aus. Es war nur mit Salvarsan wirksam. Die kombinierte Wirkung ging aber nicht über die einfache Salvarsanwirkung hinaus. Auch *Urban* hatte keine besonders günstigen Erfolge. Das Mittel verschwand allmählich wieder. *Biach* führte deshalb Aljodan, eine neue Jodverbindung, ein, die angeblich jene Hoffnungen, die das Mirion nicht erfüllt hat, stillen sollte. Aber auch dieses Mittel ist wieder verschwunden.

Digitized by Google

Die Wirkung *intravenöser Jodinjektionen* bei Lues wurde besonders von *Engwer* studiert. Ferner hat *Dub* über die einzeitige intravenöse Jodsalvarsanbehandlung berichtet. Die Jodlösung wird dabei nach folgender Vorschrift hergestellt:

> Natrii jodat. 20 solve in aqua dest. 1000, filtra, adde Jod. pur. 0,3, fiat solutio, da ad vitrum flavum cum epistameo vitreo, S. Jodlösung.

Jede Neosalvarsangabe wird statt in destilliertem Wasser in 20 ccm dieser Lösung in der üblichen Weise gelöst. Während durch das Salvarsan die Spirochäten im Körper direkt getroffen zu werden scheinen, wird Jod direkt in das kranke Gewebe abgelenkt und dort aufgespeichert, wo es besonders bei intravenöser Einverleibung eine Erweichung herbeizuführen scheint, so daß das Salvarsan dort befindliche Spirochäten leichter angreifen kann. Die Wirkung des Salvarsans auf Spirochäten und Syphilissymptome soll durch diese Kombination gesteigert werden, ohne daß bisher besondere Nebenerscheinungen beobachtet wurden.

Farnell hat intravenöse Jodinfusionen (Jodnatrium in 10%iger Lösung, 100 g stets frisch bereitet) vorgenommen. Verdauungsstörungen traten nicht auf. Die Leberbeschwerden der Syphilitiker schwanden schnell, und die zerebralen Erscheinungen gingen rasch zurück. *Farnell* bestätigt die bessere Salvarsanwirkung bei gleichzeitiger Anwendung von Jod intravenös.

Über den Einfluß der Jodkalibehandlung auf die Wassermannsche Reaktion haben *Sahm*, *Poenitz* und *Engwer* Untersuchungen angestellt. Danach sollte das Jodkali im Spätstadium mehr als bisher benutzt werden. Auf demselben Standpunkt stehen *Sainz de Aja* und *Guszmann*. *Pelon* empfiehlt die Jodbehandlung zur Unterstützung antisyphilitischer Kuren bei Schwefelthermen.

Die Kombination von Jod und anderen Antisyphiliticis kann manchmal wirksam sein. *Pelon* empfiehlt Jodogyre und Lipogyre, beides Jodquecksilberpräparate, von denen das erste intramuskulär, das zweite innerlich gegeben wird. *Locchetti* empfiehlt eine von *Beccari* in Bologna angegebene komplexe Verbindung von Kaliumjodid und Quecksilberjodid, ein lösliches Präparat, das intramuskulär gegeben wird. Nach *Schreiner* wurden mit der *Preglschen* Jodlösung bei der Behandlung von Lues nennenswerte Erfolge nicht erzielt. *Winckler* empfiehlt, an Stelle des teuren Jodkaliums Jodtinktur zu gebrauchen. Eine

Digitized by Google

Verbilligung ist aber nur scheinbar vorhanden, da man durch Jodtinktur nicht so große Mengen von Jod in den Körper hineinbekommen kann.

Goodman kommt bei seinen Untersuchungen zu demselben Ergebnis. Auch er bevorzugt Jodnatrium, und zwar in Kombination mit Salvarsan. Im Sekundärstadium verfolgt *Goodman* das Ziel einer möglichst intensiven Behandlung. Er injiziert Salvarsan, Jod und Natriumthiosulfat. Durch dieses Mittel will er Arsenretention und Salversandermatitis verhindern. Bei Spätsyphilis behandelt er mit Jod und Salvarsan.

Nebenwirkungen sind beim Jodkali entsprechend seiner größeren Heilkraft am stärksten, beim Jodnatrium, Sajodin und den anderen Präparaten geringer. Sie bestehen in Schnupfen, Kopfschmerz, Konjunktivitis, Lid- und eventueller Gesichtsschwellung, Magen- und Darmstörungen und Exanthemen, seltener Drüsenschwellungen, Abmagerung und Schwäche. Antipyrin und Pyramidon, die einem Jodpräparat zugesetzt werden können, lindern die Beschwerden, ebenso auch Einnahme der Jodpräparate nach Mahlzeiten und Einhüllung in Milch, Haferschleim, Geloduratkapseln. Bei Joddarreichung ist Kalomelpuder oder Hg-Salbe äußerlich zu vermeiden.

Das Jod geht in den Liquor über und kann dort nach der Methode von *Kendall* (Journ. of biol. chem. 43) nachgewiesen werden. Bei Syphilis des Zentralnervensystems und bei Luikern mit meningealen Erscheinungen finden sich nach Jodbehandlung enorm hohe Werte. *Osborne* vermutet, daß das syphilitische Nervengewebe Jod speichert und die Meningitis die Durchlässigkeit der Hirnhäute für Jod vermehrt. *Detoni* fand für die Durchlässigkeit der Meningen gegenüber Jodsalzen bei 2 gesunden und 2 an tuberkulöser Meningitis leidenden Kindern nach Einführung von Jodnatrium in den Lumbalsack und Nachweis des Jods im Urin keinen Unterschied bei kranken und gesunden Meningen in der Richtung Liquor—Blut. *Cohen* fand bei Meningitis nach intravenöser Injektion von 5 ccm einer 10 %igen Jodkaliumlösung eine deutliche Jodreaktion im Liquor. Auch *Hoff* fand bei 14 Hunden und 20 Kaninchen, daß beim normalen Tier Jodkali nicht in das Zentralnervensystem eindringt. Dagegen konnte nach experimenteller Erzeugung eines Entzündungsherdes im Zentralnervensystem im Bereiche des Herdes reichlich Jod nachgewiesen werden. Auch bei chronischer Entzündung gelang es, Jod in das Zentralnervensystem einzubringen. Nach intravenöser Injektion wurde mehr Jod nach-

Digitized by Google

gewiesen als bei oraler Gabe. Die Wirkungsweise einfacher Jod- und verschiedener Handelspräparate zeigte keinen wesentlichen Unterschied. Bei gesunden Tieren gelang es, nach vorhergehender Schilddrüsenfütterung, wenn auch in geringen Spuren, Jod ins Zentralnervensystem zu bringen. Aus all diesen Untersuchungen scheint hervorzugehen, daß tatsächlich bei Entzündungserscheinungen eine Jodanreicherung im Zentralnervensystem erfolgt.

Farnell empfiehlt bei zerebralen und zerebro-spinalen Erkrankungen die von ihm in 4000 Fällen angewandte Behandlung mit 10%iger hypertonischer Jodnatriumlösung. Die Lösung muß unmittelbar vor der Injektion frisch hergestellt (10,0 crist. NaJ auf 100 aqua dest.) und langsam intravenös injiziert werden. Diese Injektion wird in Zwischenräumen von 3—4 Tagen wiederholt, so daß bei manchen Fällen innerhalb von 2—3 Monaten 240 g Jodnatrium verabreicht werden können. Die Vorteile der Methode sollen darin bestehen, daß trotz dieser hohen Dosen in keinem Falle Jodismus auftritt, auch in den Fällen nicht, die oral schlecht Jod vertragen. Dies wird auf die schnellere Ausscheidung des intravenös zugeführten Jodnatriums bezogen. Mit der Jodtherapie wird gleichzeitig eine Herabsetzung des intrazerebralen Druckes durch die Anwendung von hypertonischer Lösung erreicht. Wie weit eine epidurale Behandlung mit Jod Erfolg hat (*Schönfeld*), müssen weitere Untersuchungen lehren.

Auch zur Aufsuchung von Spirochäten kann Jodkalium gebraucht werden, jedoch nicht zur Darstellung der Spirochaeta pallida. Man muß zu diesem Zweck eine starke Lösung (20%iges Jod, 40%iges Jodkalium) verwenden, von der ein Tropfen mit dem zu untersuchenden Material auf dem Objektträger gemischt und mit einem Deckglas bedeckt wird (*Alessandrini*). Da auf diesem Wege aber nur gewisse Spirochäten und Bakterien deutlich werden, muß der Vorgang auf elektrische Ladungsverhältnisse zurückgeführt werden (die Pallida ist angeblich elektronegativ, die anderen Spirochäten sind positiv geladen). Die gefärbten Spirochäten treten metallschwarz (durch aufgelagertes Jod) deutlich hervor. Differentialdiagnostisch mag diese Reaktion gelegentlich von Wichtigkeit sein.

Einblick über den Einfluß des Jodkalis auf spezifische Hautreaktionen gewähren die Untersuchungen von *Martenstein* und *Granzow-Irrgang*. Danach ist bei interner Jodkaliumanwendung eine positive Luetinreaktion in der Haut zu erzielen, und zwar angeblich dadurch, daß Jodkalium und Luetin gemeinsam einen

Digitized by Google

neuen Stoff bilden, der in der Haut stark reizend wird, so daß das Bild einer positiven Luetinreaktion entsteht.

Die Anwendung des *Jods zur Behandlung der Gonorrhöe* beschränkt sich nicht nur auf die Reizmethoden mit *Lugol*scher Lösung, sondern sie geschieht auch bei der Epididymitis gonorrhoica. Man gebraucht hier Jodvasogen (*Stöber*), 10%iges Jodkali oder Jothionsalbe. Ebenso wird bei der Funikulitis Jodsalbe angewandt. Bei der Spermatozystitis gebraucht man Suppositorien mit Ichthyol und Jodkali. Bei der Induratio penis plastica wird innerlich Jodkali oder Sajodin, äußerlich Vasogen oder 10%ige Jodkalisalbe versucht.

In den letzten Jahren wurden Versuche mit *Pregl*scher Jodlösung bei der Behandlung der Gonorrhöe angestellt. Diese Jodlösung enthält neben einigen Jodverbindungen in geringen Mengen feines Jod und sonst keinerlei körperfremde Bestandteile. Sie kommt in bezug auf ihren osmotischen Druck und ihre Reaktionen dem Blutserum und den Gewebsflüssigkeiten sehr nahe und wird infolgedessen von den Schleimhäuten und dem Peritoneum subkutan, intramuskulär und intravenös selbst in großen Dosen gut vertragen. Sie scheidet am Orte des Bedarfs Jod ab und soll im Gegensatz zu allen bekannten wirksamen antiseptischen Mitteln ein Antiseptikum sein, das das lebende Gewebe nicht schädigt. Nach *Pregl* selbst hat sich diese Lösung bei der Zystitis sehr bewährt. *Schreiner* hat bei den verschiedenen Stadien der Gonorrhöe Versuche mit der Lösung gemacht und festgestellt, daß sie von der Urethralschleimhaut in den meisten Fällen gut vertragen wird. Bei der Gonorrhoea acuta anterior verschwanden die Gonokokken nach 5—17tägiger Behandlung mit Injektionen teils konzentrierter, teils bis zu vierfach mit Wasser verdünnter Lösung in nahezu allen Fällen. Bei der Behandlung der Gonorrhoea posterior und der gonorrhoischen Zystitis zeigte sich, daß die Blasenschleimhaut durch die konzentrierte und schwach verdünnte Lösung gereizt wird. *Pregl* riet deshalb, die Lösung mit 2%iger Borsäurelösung (1:10 bis 1:5) zu verdünnen, weil diese im Gegensatz zu allen anderen Säuren eine Jodabspaltung nicht provoziert. Mit dieser Mischung wurden Patienten mit gonorrhoischer Erkrankung der Anterior fast alle innerhalb 8 Tagen gonokokkenfrei. Auch bei allen Fällen von gonorrhoischer Posterior wurde innerhalb 2—5 Wochen durch Spülungen Heilung erzielt. Neben der Cystitis chronica gonorrhoica wurden angeblich auch die nicht gonorrhoischen Blasenentzündungen beeinflußt. Zu beachten ist nur, daß jede

Digitized by Google

Reizung aufs peinlichste vermieden wird. Bei einem Fall von einseitiger Gonitis ging die Gelenkschwellung nach 3 intramuskulären Injektionen mit 10 ccm der *Preglschen* Lösung vollständig zurück (*Schreiner*).

Über den Gebrauch anderer Jodpräparate zur Behandlung der Gonorrhöe finden sich in der Literatur folgende Angaben. *Michaelis* empfiehlt Jodargol, eine außerordentlich feine elektrochemische Suspension feinster Jodteilchen in Öl, die 25 cg Jod im Kubikzentimeter enthält. Dieses Präparat wird nach Spülungen der Harnröhre mit Kaliumpermanganat in einer Menge von 2—3 ccm in Anterior und Posterior und in einer Menge von 5 ccm in die Blase instilliert. Im Gegensatz zu *Duroeux*, der bei frischer Gonorrhöe in 2—3 Tagen die Gonokokken schwinden, die Heilung in 7—9 Tagen sich vollziehen sah, wurden sonst 4 bis 6 Wochen gebraucht. Anfangs bewirkt die reizende Eigenschaft des Jodargols sogar eine Steigerung des Ausflusses. Bei Gonorrhoe der Posterior wirkt es mit 3—4 Instillationen angeblich ausgezeichnet, unter Umständen besser als Argent. nitr. Die Cervixbehandlung mit Jodargol soll ausgezeichnete Erfolge ergeben.

Auch *Tant* empfiehlt außer Behandlung mit Permanganatspülungen 2 ccm Jodargol mit etwas Luft zur besseren Verteilung in die Harnröhre einzuspritzen und 5 Minuten lang darin zu lassen. *Guillon* empfiehlt Instillationen kolloidaler Jodlösungen in wässeriger isotonischer Suspension bei chronischen oder subakuten gonorrhoischen und nicht gonorrhoischen Urethritiden sowie bei Zystitiden, besonders bei denen der Prostatiker.

Die Behandlung der gonorrhoischen Epididymitis mit intravenösen Jodnatriuminjektionen wird häufiger angewandt. Nach *Ravich* werden 2 g Jodkali oder Jodnatrium in isotonischer Basis gelöst und intravenös eingespritzt. Die durchschnittliche Zahl der notwendigen Einspritzungen ist 4—5. Der Zwischenraum zwischen den Einspritzungen beträgt einen Tag, später zwei Tage. Schon nach der ersten Injektion erfolgt meistens Nachlassen der Schmerzen. Bei den von *Ravich* behandelten 90 Fällen zeigten sich zweimal Nebenerscheinungen in Form von Schwellungen der Speicheldrüsen und Schmerzen beim Bewegen der Kiefer. Die Injektionslösung soll angewärmt sein. *Wright* injiziert bei akuter Epididymitis in der Regel alle 48 Stunden 20 ccm einer etwa 20%igen Lösung von Jodnatrium. Meistens verschwinden nach diesem Autor die Schmerzen schon nach der ersten Injektion, während spätestens nach 3 weiteren Injektionen auch die objektiven Veränderungen verschwunden

Digitized by Google

sind. Nebenerscheinungen wurden hier nur bei Jodidiosynkrasie beobachtet. Die Ursache der Wirkung kann nicht erklärt werden, zumal die Therapie bei anderen gonorrhöischen Komplikationen versagt. Dagegen wurde verschiedentlich Impotenz auf gonorrhöischer Grundlage günstig beeinflußt. Auch *Rodriguez* hatte mit Jodnatriuminjektionen (4—8 Injektionen von 2 g Jodnatrium jeden zweiten Tag intravenös) günstige Resultate.

Die Behandlung mit Jodölen bei der Gonorrhöe der Samenblasen und als *Röntgenkontrastmittel* ergab anfangs einige Schwierigkeiten, da Lipiodol und Jodipin schwer resorbiert wurden und unbegrenzt lange Zeit im Gewebe verblieben, wodurch es gelegentlich zu Entzündungen und Narbenbildungen kam. Nach *Belfield* und *Rolnick*, die nach Vasotomie die Mittel in den Samenstrang einspritzten und dann Röntgenaufnahmen machten, war infolge der starken Viskosität von Lipiodol und Jodipin die Füllung der Samenblasen schwierig und oft unvollständig. Versuche mit Jodemulsionen mit tierischen Ölen zeigten, daß diesen die angegebenen Nachteile der Emulsionen mit vegetabilischen Ölen nicht anhaften. Am besten bewährten sich 10 g Jod auf 40 g Lebertran sowie Thymojodid mit Lebertran (10:30). Beide Mittel wirken in den Samenblasen gonokokken- und bakterientötend. Sie machen keine Strikturen an der Injektionsstelle und geben als Kontrastmittel genügend dichte Schatten.

Jodkali läßt sich in 5 %iger Lösung gut zur Kontrastfüllung des Nierenbeckens, der Blase und des Harnleiters verwenden. Es wird gut vertragen und hat gegenüber dem Kollargol den Vorzug großer Billigkeit (*Schönfeld*). *Joseph* fand in einer 25 %igen Jodlithiumlösung ein harmloses, sehr scharfes Kontrastmittel für die Pyelographie, das einen metallartigen Schatten gibt. Das Präparat ist warm injiziert reizlos für Nierenbecken und Blasen. Es wird in Ampullen von 12 ccm Inhalt in 25 %iger Konzentration von *Kahlbaum* steril in den Handel gebracht. Die zu injizierende Menge beträgt höchstens 20 ccm.

Nach *Scheele* ist das beste Kontrastmittel für die Pyelographie die 10—20 %ige Jodnatrium-, besser noch Bromkaliumlösung. Diese Lösungen haben den großen Vorteil, daß sie wasserlöslich, farblos, auch in starken Konzentrationen dünnflüssig und leicht sterilisierbar sind. Sie bilden mit dem Blaseninhalt und dem Anästhesierungsmittel keine Niederschläge und geben sehr kontrastreiche Bilder. Außerdem sind sie sehr billig.

Digitized by Google

Da Jodnatrium durch den Harn ausgeschieden wird, kam *Rowntree* auf die Idee, Blase und Niere vielleicht ohne Katheterismus röntgenologisch darzustellen. *Osborne, Sutherland, Scholl* und *Rowntree* von der Mayoklinik gaben deshalb nach Feststellung einer eventuellen Idiosynkrasie dreimal täglich 1 g Jodkali per os zwei Tage hindurch und am dritten Tage eine intravenöse Injektion einer 10%igen Jodnatriumlösung. Die Injektion von 10 g mußte dabei sehr langsam in 4—5 Minuten erfolgen. Patienten mit Tuberkulose, Strumen, Basedow wurden ausgeschlossen. Die Autoren erhielten ausreichend gute Blasenbilder mit 5—29 g Jodnatriumlösung intravenös. Die beste Zeit der Röntgenaufnahme nach der Injektion ist ½ bis 3 Stunden später. Auch bei Darreichung von Jod per os kann die Röntgenaufnahme des Harntraktes gut sein, und zwar ungefähr 1—2 Stunden nach einer Dosis von 10 g Jodnatrium. Wegen der Magenstörungen empfiehlt sich diese Art aber nicht. Am besten ist es, 3 Stunden hindurch jede Stunde 3 g Jodnatrium zu geben und 1—2 Stunden nachher die Aufnahme zu machen. Geringere Dosen als 3 g geben keine guten Befunde. Röntgentechnisch macht man zuerst gewöhnliche Kontrollaufnahmen ohne Verstärkungsschirm, dann Aufnahmen in verschiedenen Zeiten nach der Einnahme des Jods. Diese Methode eröffnete zahlreiche Möglichkeiten für die Forschung nicht nur am Harntrakt (Nachweis von Restharn in der Blase ohne Katheterismus, Studium der Blasenphysiologie), sondern auch für die anderen Organe und Systeme (unter anderen auch für die Untersuchungen des Gefäßsystems).

Bezüglich des Jodgebrauches bei Erkrankungen der Geschlechtsorgane ist noch folgendes zu erwähnen: *Bazy* empfiehlt, bei Zysten des Nebenhodens zu punktieren und hinterher Jodtinktur einzuspritzen. Er geht so vor, daß er nach sorgfältiger Desinfektion der Haut die Punktion mit Entleerung der Hydrozellenflüssigkeit vornimmt, und dann nach Injektion von Kokain, das 5 Minuten einwirken soll, offizinelle Jodtinktur einspritzt.

Bei der Diagnose der Gonorrhöe kann die Jodophilie im gonorrhöischen Eiter eine gewisse Rolle spielen. *Crosti* verwendet dabei folgende Methode: Das noch feuchte Ausstrichpräparat von zu untersuchendem Eiter wird über einer Petrischale Joddämpfen ausgesetzt. Man findet dann in frischen Fällen von Gonorrhöe bei den neutrophilen Leukozyten eine Färbung von Körnern oder endozellulären Schollen. Diese jodophile

Digitized by Google

Reaktion ist zwar für die gonorrhöische Eiterung nicht spezifisch, doch ist sie bei der akuten Form der Gonorrhöe häufiger als bei der chronischen. Geht der entzündliche Prozeß zurück, so findet auch eine Abnahme der Jodophilie statt. Die Jodophilie läßt keine Schlüsse für die topische Diagnose zu.

III. Jod bei Hauterkrankungen.

Die wichtigste Rolle spielt hier das Jod bei der Behandlung der *Pilzerkrankungen* der Haut (Aktinomykose, Blastomykose, Sporotrichose sowie bei allen anderen Dermatomykosen wie Trichophytie und anderen Pilzflechten, interdigitalem Ekzem). Die einzelnen Methoden seien im folgenden kurz geschildert, da sie noch nicht die Beachtung gefunden haben, die ihnen zukommt.

Bei den oberflächlichen Dermatomykosen wird seit langem die Pinselung mit Jodtinktur angewandt. Im Jahre 1919 hat *Sachs* eine kombinierte Behandlung von Jodtinktur und 5%iger weißer Präzipitatsalbe bei der Therapie der oberflächlichen Trichophytie angegeben. Die Technik besteht darin, daß die betreffenden Stellen mit Jodtinktur eingepinselt und bald nachher darüber eine 5%ige weiße Präzipitatsalbe appliziert wird. Schon nach ganz kurzer Zeit bildet sich unter mehr oder minder heftigem Brennen eine Dermatitis bullosa. Nach Abstoßen der Epidermis bleibt eine dem Krankheitsherd entsprechende große exkoriierte Partie zurück. Nach Anwendung von Zinkpaste soll die Affektion in wenigen Tagen vollständig geheilt sein. Der Vorteil dieser Methode besteht in der Abkürzung der Behandlungsdauer. Die Wirkung der gleichzeitigen Anwendung von Jodtinktur und Präzipitatsalbe beruht auf der Bildung des die Hautoberfläche ätzenden Jodquecksilbers. Narbenbildungen konnten dabei nicht beobachtet werden.

Zur Behandlung des Herpes tonsurans bei Kindern hat *Fraser* folgende Methode angegeben. Die befallenen Partien der behaarten Kopfhaut werden rasiert, mit Wasser und Seife gewaschen und dann mit Äther gereinigt. Die trockene Haut wird mit starker Jodtinktur bepinselt. Nach Eintrocknen wird die jodierte Fläche mit Äthylchlorid leicht vereist. Bei Affektion des ganzen Kopfes wäre zunächst die eine Hälfte, nach 1 bis 2 Tagen die zweite Hälfte zu behandeln. Das Kind erhält eine Kopfkappe und wird nach einer Woche wieder bestellt. Dicke Schuppenmassen, die durch kräftiges Waschen entfernt werden, bedecken dann meist die so behandelten Stellen. Bei nicht zu

Digitized by Google

starker Entzündung wird dieses Verfahren so oft wiederholt, bis die kranken Haare durch neue ersetzt sind. Bei heftigeren Entzündungszeichen wird entweder Borsalbe oder Präzipitatsalbe appliziert und nach Abflauen der Hauptentzündungserscheinungen die Jodbehandlung wieder aufgenommen. Um gute Resultate zu erhalten, muß die Kopfhaut immer wieder rasiert werden, wenn die nachwachsenden Haare eine Länge von zirka 3 mm erreicht haben. Alle fettigen Massen müssen stets sorgfältig mit Äther entfernt werden. Nach Applikation der Jodtinktur soll der Herd eine fast schwarze Farbe tragen. Die Behandlung bereitet den Kindern kaum Schmerzen und Beschwerden. Nach einer anderen Methode desselben Verfassers werden die erkrankten Patienten nach vorausgegangener Rasur und nach Entfettung dreimal, und zwar jeden zweiten Tag, mit einer Lösung von Jod in Chloroform (1 auf 30) bepinselt. Die erkrankten Stellen werden bis zur kompletten Jodabschilferung mit der üblichen Salbe behandelt. Das Verfahren wird bis zum Auftreten gesunder Haare wiederholt. Diese Methoden können besonders da angewandt werden, wo eine Röntgenepilation nicht möglich ist. Bei den Nagelmykosen werden mit großem Erfolg Pinselungen mit Jodtinktur mit Zusatz von Salizylsäure angewandt (*E. Hoffmann,* Tinct. Jodi 5%ig + 10%iger Salizylspiritus).

In den letzten Jahren ist besonders von französischer Seite die intravenöse Jodsalzbehandlung bei Sporotrichose und Aktinomykose sehr propagiert worden. So weist *Farnell* auf die außerordentlich günstigen Erfolge dieser Methode hin. Angeregt durch Veröffentlichungen von *Ravaut* über einen durch intravenöse Injektion von Jodkaliumlösung rasch geheilten Fall von Bartflechte wandte *Ronchese* dieselbe Methode in einer Anzahl von Fällen an, und zwar wurde eine Lösung von Jodkalium in Wasser (Jod 1, Jodkali 2, dest. Wasser 300), der nach Sterilisierung kurz vor Gebrauch 2 Teile destilliertes Wasser zugesetzt wurden, sehr langsam in die Venen injiziert. Die Dosen betrugen 1—12 ccm. Die Injektionen wurden alle 24 Stunden oder in Pausen von 2—3 Tagen vorgenommen. Bei einigen Fällen wurden 14 Injektionen mit insgesamt 80 ccm Jodkaliumlösung verabreicht. Die äußere Behandlung bestand teilweise in Borwasserumschlägen. Die Injektion wurde ausgezeichnet vertragen. Mit Ausnahme einer einmaligen Thrombose der Vene verursachte sie keine unangenehmen Nebenerscheinungen. *Ronchese* kommt zu dem Schluß, daß diese Behandlungsart keine

Digitized by Google

spezifische Therapie darstellt, daß man aber ihre Wirksamkeit im Zusammenhang mit der äußerlichen Therapie und Röntgenbestrahlung anerkennen muß. Um die unangenehmen Gefäßläsionen zu vermeiden, soll man nur kleine Dosen stark verdünnter Lösung in größeren Pausen injizieren. Zu ähnlichem Resultat kommt *Cattaneo*. Auch bei ihm waren die therapeutischen Erfolge meist recht gut; es wurde aber nicht immer dauernde Heilung erzielt. Die Biopsie eines Stückchens einer infolge der Injektion verhärteten Vene ergab einen thrombophlebitischen Prozeß. Inmitten der thrombotischen Stellen fanden sich als Zeichen einer beginnenden Kanalisation des Thrombus einzelne Höhlungen mit Endothel ausgekleidet.

Auch *Dong-Ngoc-Dieu* und *Millous* ergab die intravenöse Verabreichung der Lugolschen Lösung in den hartnäckigsten Fällen von Trichophytie und anderen Dermatomykosen im Orient bei Eingeborenen ausgezeichnete Erfolge. Diese Autoren gaben 5—20 Injektionen von 5—8—10 ccm der Lugolschen Lösung in 2tägigen Intervallen. Eine Verhärtung der Venenwände und eine Störung des Allgemeinbefindens konnte von ihnen angeblich niemals beobachtet werden.

Weitere gute Erfolge hatte *Sainz de Aja*. Bei einem Fall von Sykosis, der schon seit 2 Jahren bestand, trat in kurzer Zeit nach intravenöser Injektion einer Jodnatriumlösung 20 auf 100 vollständige Heilung ein, ohne daß es zu allgemeinen oder lokalen Beschwerden gekommen wäre. Lokal wurde dabei eine Jodlösung 1:100 ohne Depilation verwandt. Nach *Sainz de Aja* hat Jodnatrium ähnliche therapeutische Eigenschaften wie die Lugolsche Lösung, ohne deren Nachteile (Venenthrombosierung) zu besitzen. *Sainz de Grado* beobachtete in einem Kinderasyl 4 Fälle mit Trichophytie der behaarten Kopfhaut, die durch intravenöse Lugolinjektionen geheilt wurden. Nach *Covisa* spricht die oberflächliche Trichophytie schlechter auf die Lugolsche Lösung an als die tiefe. Auch *Senin* berichtete über einen Fall von erfolgreich mit intravenösen Jodeinspritzungen behandelter Aktinomykose der Haut.

Über andere Anwendungsarten des Jods bei Pilzerkrankungen der Haut weiß man folgendes. Im allgemeinen wird Jod per os in Form von Jodkali gegeben, wobei *Dufougéré* über besonders gute Erfolge bei der Behandlung der Dermatomykosen in Französisch-Guyana berichtet. Auch *Bérard* hat außerordentlich gute Erfolge mit Jodkali bei der Behandlung der Aktinomykose. Den besten Erfolg sah er bei der Aktinomykose der

Digitized by Google

Kiefer oder der Zunge, keinen Erfolg bei der Aktinomykose des Zentralnervensystems. Zwar kommen nach diesem Autor vereinzelt auch Spontanheilungen vor, jedoch heilen auch operativ entfernte Aktinomykoseherde erst aus, wenn innerlich Jodkali verabreicht wird. Die Heilungsdauer beträgt bei Weichteilaktinomykosen 14—25 Tage, bei Knochenaktinomykosen 1 bis 2 Monate mit oder ohne chirurgische Einwirkung. Rezidive kommen öfter vor, wenn die Jodkalieinnahme zu schnell eingestellt wird. Bei Menschen sollte die tägliche Dosis 2—3 g betragen.

Die kombinierte Anwendung von Jod und Röntgenbestrahlungen empfiehlt *E. Hoffmann* bei der Aktinomykose.

Die Behandlung der Aktinomykose mit kolloidalem Jod wurde von *Lortat-Jacob* und *Legrain* empfohlen. Sie hatten bei einer Patientin von 50 Jahren mit einer typischen Aktinomykose der Submaxillargegend eine schnelle Heilung erzielt. Die kolloidale Jodlösung war 4%ig. Im Vergleich mit der Jodtinktur entsprachen 2 ccm dieser kolloidalen Lösung 72 Tropfen von Jodtinktur 1:15. Die Autoren gaben von kleinen Dosen täglich 1 bis 7 ccm, morgens nüchtern auf einmal in etwas Milch. Dann setzten sie 16 Tage aus. Sie stiegen dann auf 10 ccm, die 28 Tage lang ohne Beschwerden vertragen wurden. 5 Wochen später war das ganze Infiltrat verschwunden; nur einige Narben waren übrig. *Darier* erinnert daran, daß man solche guten Erfolge auch gelegentlich mit anderen Jodpräparaten haben kann. *Thibaut* spricht sich für die schnellere Wirkung der kolloidalen Jodlösung aus.

Eine weitere Anwendungsart des Jods bei der Aktinomykose ist die Jodjontophorese nach *Wirz*. Dabei wird das Jod auf elektrischem Wege in die Haut hineingebracht. *Wirz* beschreibt 2 Fälle, bei denen zum erstenmal die jontophoretische Therapie mit Erfolg angewandt wurde. Die Heilung des ersten Falles ist um so bemerkenswerter, als dieser sich jeder anderen Therapie gegenüber resistent verhalten hatte.

Gute Erfolge mit der Jodbehandlung hatten *Roger*, *Sartory* und *Scheffler* bei der schwarzen Haarzunge. Diese beiden Autoren behandelten verschiedene Fälle dieser Art mit Jodkali, wobei sie schnelle Heilung erzielten.

Über die Art der Jodwirkung bei Pilzerkrankungen ist man sich noch nicht einig. *Henrici* und *Reynolds* konnten mit vorher verabreichten Dosen von Jodkali keine Immunität oder abschwächende Wirkung gegen die Infektion mit Actinomyces gypsoides bei Meerschweinchen erzielen. Nach diesen Unter-

Digitized by Google

suchern ist deshalb Jodkali kein spezifisch wirksames Mittel bei dieser Krankheit. *Lenhoff* und *Kagelmann* untersuchten die Wirkung des Jods bei der Sporotrichose. Da Kulturmaterial von Sporotrichose eine positive *Fischler*sche Fettsäurereaktion ergibt (Blaufärbung durch Nilblausulfat und Osmiumschwärzung), das Material also Ölsäure enthält, wurde zum Nachweis des an Ölsäure gebundenen Jods diese Eigenschaft verwandt. Es zeigte sich, daß nach Jodbehandlung die Pilzsporen Jod enthielten. Spritzte man sporotrichotischen Mäusen subkutan Jodkali ein und legte kurze Zeit darauf Objektträgerausstriche von den sporotrichotischen Abszessen an und färbte diese, dann ließ sich in den Sporen Jod nachweisen.

Nach *Adamson* ist das Jod ein altes Mittel gegen *Lupus vulgaris*. *Lugol*, der Vater der Lugolschen Lösung, hatte dieselbe bei der Hauttuberkulose schon angewandt. *Mac Cormac* konnte 2 Fälle von Lupus vulgaris mit Jodkali (2,5 g dreimal täglich) sehr gut bessern. Auch nach *Goubeau* ist eine intensive interne Jodbehandlung, kombiniert mit der Lokalapplikation von reinem und jodiertem Borbochloryl bei Lupus vulgaris von großem Nutzen. Die gleichen günstigen Erfolge hatten *Sarnik* und *Truttwin* mit 2 neuartigen unschädlichen Jodwismut- und Joduranverbindungen beim Lupus vulgaris. Da wir zur Zeit über bessere Behandlungsmethoden verfügen, ist die Jodbehandlung des Lupus in Vergessenheit geraten. Wieweit hier neben einer direkten Wirkung auf das erkrankte Gewebe der Einfluß des Jods auf eine allgemeine Stoffwechselsteigerung eine Rolle spielt, bedarf noch der Aufklärung.

Nach den Erfahrungen von *Schraunk*, nach denen Jod im Karzinomgewebe gespeichert wird, hat *Riehl* 8 Fälle von Lupus und 3 Fälle von tuberkulösen Prozessen anderer Art mit Jod behandelt und sie gleichzeitig mit Radium- und Röntgenstrahlen bestrahlt. Die Erfolge dieser Therapie, bei der das Jod als Sensibilisator gebraucht wird, sind gute, wie die Bonner Hautklinik bestätigen konnte.

Auch die Behandlung des *Lupus erythematodes* mit Jod oder Jodverbindungen ist manchmal sehr günstig. Über gute Erfolge dabei berichten *Sarnik* und *Truttwin*, ferner *Hauck*. Letzterer wendet Jodtinktur und weiße Präzipitatsalbe bei den reizlosen chronischen Formen des Erythematodes an. Die Anwendung geschieht derart, daß morgens die Hautstellen mit Jodtinktur eingepinselt und abends auf die jodierten Stellen weiße Präzipitatsalbe dick aufgetragen wird. Es resultiert meist eine

Digitized by Google

starke Reaktion, die unter antiphlogistischer Behandlung rasch zurückgeht. Wiederholung nach 8—14 Tagen. Bei kleinen Herden hat man oft mit ein- bis zweimaliger Behandlung vollen Erfolg. Die interne Jodbehandlung des Lupus erythematodes wird von *Bourdreau* sehr empfohlen.

Im Vorhergehenden wurde bei Besprechung der Therapie der Pilzerkrankungen kurz auf die *Jodjontophorese* nach *Wirz* hingewiesen. Dieses Verfahren hat noch weitere Anwendungsmöglichkeiten.

Bourguignon und *Conduché* stellten fest, daß auf elektrischem Wege eingeführte Jodionen bei der Behandlung adhärenter Narben lösend am Ort der Ioneneinführung wirken; bei multiplen Narben wirken sie auch an den örtlich nicht behandelten Stellen, wenn auch in geringerem Grade. Die an der negativen Elektrode aus Jodkali freigemachten Jodionen häufen sich in der Schilddrüse an. Es entsteht ein Gleichgewicht zwischen dem an der negativen Elektrode eingeführten Jod, dem zirkulierenden Jod, welches aufgespeichert wird, und dem, welches durch die Nieren ausgeschieden wird. Nach der Sitzung wird das aufgespeicherte Jod in einigen Tagen eliminiert.

Bei der Behandlung muß der Strom exakt auf die Narben lokalisiert werden, wobei die Elektroden möglichst nahe beieinander zu liegen kommen. Die negative Elektrode wird mit Jodlösung 1:100 getränkt. Die Oberfläche der Elektrode soll die Größe der Narbe haben und entsprechend derselben geformt sein. Es braucht also jeder Patient seine eigene Elektrode. Die Stromintensität hängt ab von der Größe der Elektrode (10 bis 20 Mill. Amp.). Kleinere Elektroden erfordern niederen Strom und verlängerte Stromzeit (normalerweise nicht über eine halbe Stunde). Der Behandlungszyklus ist so, daß in der ersten Woche 6 Sitzungen, in den folgenden 2 Wochen je 3 Sitzungen vorgenommen und dann 2—3 Wochen Pause eingelegt werden. Narben älteren Datums reagieren besser auf die Behandlung. Wichtig ist die Ausdauer in der Behandlung und die Geduld des Patienten. Die Behandlungsdauer ist wenige Wochen bis 12 Monate.

Laquerrière hat bei einem Fall von multipler hartnäckiger Abszeßbildung erfolgreiche Jontophorese mit Jodkali an der negativen Elektrode (8—12 Mill. Amp. und 30—40 Minuten Dauer in 6 Sitzungen) ausgeführt.

Günstige Erfolge bei der Behandlung der Sklerodermie mit Jodkaliumionisation hatten *Barthelemy* und *Armaingaud*. *Jean-*

Digitized by Google

selme, Bourguignon und *Lucas* haben ebenfalls Sklerodermiefälle in der angegebenen Weise mit gutem Erfolg behandelt. Die Verfasser brachten bei 10 Mill. Amp. und 30 Minuten Dauer 6—8 mg Jod in den Körper ein. An der positiven, mit Stärkewasser beschickten Elektrode erhielten sie bei genügend hoher Stromdichte die Jodreaktion. Jodismus wurde niemals bemerkt. Über einen weiteren Fall von Sklerodermie, der mittelst Jodkaliionisation behandelt und geheilt wurde, berichtet *Watrin*. Hier kam es angeblich durch Ionisation einer 5%igen Jodkaliumlösung in 10 Sitzungen und einer jeweiligen Sitzungsdauer von 25 Minuten bei einer Stärke von 25—30 Mill. Amp. zu einem schnellen Erfolg. *Louste* und *Thibaut* haben bei einem Fall von Sklerodermie durch kombinierte Behandlung mit Organotherapie (Thyreoidea) und Jodkaliumionisation (1%ige Lösung in 69 Sitzungen bei 3 Sitzungen in der Woche von je ¼stündiger Dauer und einer Stärke von 10—15 Mill. Amp.) eine effektive Besserung erzielt. Auch *Darier* bezeichnet die Ionisation als ideale Behandlungsmethode der Sklerodermie.

Über die gelegentlich gute Wirkung des Jods bei der Lepra und den Wert desselben bei der Diagnose dieser Erkrankung haben *Aoki* und *Wayson* berichtet. *Vigne* und *Pringault* sowie *Escommel* hatten bei der Hautleishmaniose sehr günstige Resultate mit Jodbismutchinin.

Als antihidrotisches Mittel sind Anstriche mit Jodtinktur wegen ihrer leicht entzündungserregenden Wirkung häufig angewandt worden. So hat *Andruszewsky* Jodtinktur als altbewährtes Mittel gegen mäßige Schweißbildung, besonders an den Füßen, neu empfohlen. Die unteren und inneren Flächen der Zehen, die untere Fläche und die Seitenränder der Sohlen und der Ferse werden ein- bis zweimal nach 1¼stündigem Fußbad in warmem Seifenwasser und nach gutem Abtrocknen mit Jodtinktur bestrichen. Auch *Seifert* sowie *Gerdeck* haben auf die vorzügliche Wirkung der Jodtinktur aufmerksam gemacht und die guten Erfolge bestätigt. Inwieweit hier häufig vorkommende Pilze vernichtet werden, die bei Schweißfuß eine große Rolle spielen, bleibt dahingestellt. Die Kombination von Jod und Ichthyol, die *Lissau* beobachtete, kann gelegentlich eine besonders gute bakterizide Wirkung auf die Haut hervorrufen.

Schließlich sei noch kurz darauf hingewiesen, daß bei der starken Wirkung des Jods auf den Gesamtstoffwechsel unter Umständen günstige Erfolge bei der *Psoriasis* erhalten werden können. So teilt *Leven* einen Fall schwerster Psoriasis arthro-

Digitized by Google

pathica mit, an dem in besonders bemerkenswerter Weise eine prompte und sichere Jodwirkung erkennbar war.

Die Bedeutung der Jodbehandlung des Erysipels, der Furunkulose und der Pyodermien ist zu bekannt, als daß sie hier besonders erwähnt werden müßte.

Zusammenfassend sehen wir, wie groß der Verwendungsbereich des Jods bei der Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten ist. Es hat mit seinen Verbindungen sich trotz Salvarsan und Wismut in der Luestherapie behauptet, da es gerade bei älteren Patienten mit alter Lues eine ausgezeichnete Wirkung entfaltet. Bei den Erkrankungen des Urogenitalsystems und der Haut hat es sich mit Hilfe moderner Methoden neue Gebiete erobert; man braucht nur an seine Wirkung als Röntgenkontrastmittel und bei der Jontophorese zu denken. Die fortschreitende Erkenntnis seiner biologischen Wirkungen läßt neue Anwendungsmöglichkeiten erhoffen, wie aus einigen im vorhergehenden beschriebenen Beobachtungen hervorgeht. Es ist Aufgabe der Dermatologie, sich an diesen so aussichtsreichen Arbeiten zu beteiligen zum Nutzen der Wissenschaft und damit auch des kranken Menschen.

Literaturverzeichnis.

Adamson, zit. n. *Mac Cormac*. — *Alessandrini*, Bull. e atti. d. reale accad. med. di Roma. Jahrg. 52. H. 1. S. 4—6. 1926. Ztrbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. Bd. 22. S. 185. — *Andrews*, Arch. of derm. a. syph. Bd. 11. Nr. 4. S. 547. 1925. Ztrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. Bd. 18. S. 211. — *Andruszewski*, D. med. Wschr. Jahrg. 52. Nr. 19. S. 795—796. 1926. — *Anton*, Arch. f. exper. Path. u. Pharm. 48. S. 331. 1912. — *Aoki*, Japan. journ. of derm. a. urol. Bd. 23. Nr. 5. S. 19. 1923 u. Bd. 25. Nr. 9. S. 95—96. 1925. Ztrbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. Bd. 10. S. 375 u. Bd. 19. S. 510. — *Arndt*, Ztrbl. Bd. 1. S. 395. — *Ascher*, Med. Klin. Jahrg. 20. S. 752—753. 1924. — *Bachem* u. *Kriens*, Biochem. Ztschr. Bd. 120. S. 231—249. 1921. — *Barthelemy* u. *Armaingaud*, Bull. de la soc. franc. de derm. Jahrg. 1922. Nr. 7. S. 301—302. 1922. Ztrbl. Bd. 7. S. 386. — *Bazy*, Bull. de l'acad. de méd. Bd. 95. Nr. 24. S. 592—593. 1926. Ztrlbl. Bd. 22. S. 458. — *Beccari*, zit. n. *Lucchetti*. — *Belfield* u. *Rolnick*, Journ. of the Amer. med. ass. Bd. 86. Nr. 24. S. 1831—1833. 1926. — *Bérard*, Intern. clin. Bd. 3. Ser. 31. S. 107—110. 1921. Ztrbl. Bd. 4. S. 157. — *Bessunger*, D. m. W. 1916. S. 339. — *Biach*, Wien. m. W. Jahrg. 75. Nr. 21. S. 1237—1238. 1925. — *Binz*, zit. n. *Bachem* u. *Kriens*. — *Bonnamoure* et *Delore*, Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. 91. Nr. 37. S. 1415 bis 1417. 1924. Ztrbl. Bd. 18. S. 133. — *Bourdreau*, zit. n. *Goubeau*. — *Bourguignon*, Bull. de la soc. franç. de derm. Jahrg. 1922. Nr. 6. S. 239—247. 1922. Ztrbl. Bd. 8. S. 391. Paris. méd. Jahrg. 14. Nr. 51. S. 515—520. 1924. Ztrbl. Bd. 16. S. 772. — *Bourguignon* et *Conduché*, Cpt. rend. hebdom. des séances de l'acad. des sc. Bd. 174. Nr. 22. S. 1437—1440. 1922. Ztrbl. Bd. 7. S. 378. — *Brain*, Brit. journ. of derm. Bd. 38. Nr. 5. S. 191—192. 1926. Ztrbl. Bd. 21.

Digitized by Google

S. 317. — *Bruhns*, Ztrbl. Bd. 18. S. 825. — *Buschke* u. *Ollendorff*, D. med. Wschr. Jahrg. 51. Nr. 51. S. 2109—2110. 1925. — *Canals* u. *Gidon*, Journ. de pharm. et de chim. Bd. 2. Nr. 3. S. 102—107. 1925. Ztrbl. Bd. 18. S. 882. — *Cattaneo*, Giorn. ital. d. malatt. ven. e. d. pelle Bd. 64. H. 2. S. 435—441. 1923. — *Cohen*, Lancet Bd. 206. Nr. 3. S. 127. 1924. Ztrbl. Bd. 14. S. 118. — *Covisa*, Act. dermo-sifiliogr. Jahrg. 16. Nr. 1. S. 24—25. 1923. — *Crippa*, Wien. klin. Wschr. 1927. S. 879. — *Christoph*, Ztrbl. Bd. 22. S. 21. — *Crosti*, Giorn. ital. d. malatt. ven. e. d. pelle Bd. 63. H. 2. S. 519—532. 1922. — *Danel*, Bull. de la soc. franç. de derm. Jahrg. 33. Nr. 1. S. 40—42. 1926. Ztrbl. Bd. 20. S. 461. — *Darier*, zit. n. *Lortat-Jacob* u. *Legrain*, zit. n. *Watrin*. — *Dong-Ngoc-Dieu* u. *Millous*, Paris méd. Jahrg. 13. Nr. 30. S. 88—89. 1923. Ztrbl. Bd. 13. S. 64. — *Detoni*, Rif. med. Jahrg. 39. Nr. 2. S. 25—27. 1923. Ztrbl. Bd. 8. S. 535. — *Dub*, Med. Klin. Jahrg. 17. Nr. 18. S. 525—526. 1921. — *Dufougéré*, Bull. de la soc. de pathol. de exot. Bd. 14. Nr. 7. S. 354—357. 1921. Ztrbl. Bd. 3. S. 51.. — *Duroeux*, zit. n. *Michaelis*. — *Engman*, Arch. of derm. a. syph. Bd. 8. Nr. 2. S. 254. 1923. — *Enguer*, B. klin. Wschr. Nr. 45. 1927. — *Escommel*, Bull. de la soc. de pathol. exot. Bd. 18. Nr. 8. S. 634—639. 1925. Ztrbl. Bd. 19. S. 764. — *Farnell*, Arch. of neur. a. psych. Bd. 7. Nr. 6. S. 729 bis 732. 1922. Ztrbl. Bd. 66. S. 210. Ann. méd.-psychol. Jahrg. 84. Nr. 1. S. 38 bis 49. 1926. Ztrbl. Bd. 23. S. 122. — *Fasani-Volarelli*, Pathologica. Jahrg. 13. Nr. 310. S. 514—516. 1921. Ztrbl. Bd. 3. S. 447. — *Feist* u. *Bonhoff*, zit. n. *Slauk*. — *v. Fellenberg*, Das Vorkommen, der Kreislauf und der Stoffwechsel des Jods. Sonderausgabe aus „Ergebnisse der Physiologie". Bd. 25. 1926. — *Fraenkel*, D. med. Wschr. Jahrg. 50. Nr. 4. S. 108—109. 1924. — *Fraser*, Child Bd. 15. Nr. 6. S. 188—190.. 1925. Ztrbl. Bd. 17. S. 452. — *Fritzler*, Arch. f. exper. Pathol. u. Pharm. Bd. 114. H. 1/2. S. 6—13. 1926. — *Fröhlich*, Wien. klin. Wschr. Jahrg. 34. Nr. 10. S. 105—106. 1921. — *Fuld* u. *Müller*, D. med. Wschr. Jahrg. 49. Nr. 28. S. 921.. 1923. — *Gerdeck*, D. med. Wschr. 1918. H. 24. — *Goodmann*, Med. Times. Bd. 54. Nr. 5. S. 119—120. 1926. Ztrbl. Bd. 22. S. 689. — *Goubeau*, Presse méd. Jahrg. 31. Nr. 67. S. 729. 1923. Ztrbl. Bd. 10. S. 371. — *Grabfield*, zit. n. *Osborne*. — *Grientschnig*, Ztschr. f. Stomatol. Jahrg. 50. Nr. 4. S. 108—109. 1924. — *Günther*, Prag. Arch. f. Tiermed. Teil A. H. 1. 1926. — *Guillon*, Journ. de méd. de Paris Jahrg. 40. Nr. 33. S. 624—625. 1921. Ztrbl. Bd. 5. S. 87. — *Guszmann*, Derm. Wschr. Bd. 81. Nr. 35. S. 1268—1274. 1925. — *Hajós*, Ztrbl. Bd. 3. S. 543. — *Hallé*, Bull. de la soc. de pédiatr. de Paris Bd. 21. Nr. 1/2. S. 11—12. 1923. Ztrbl. Bd. 9. S. 34. — *Hauck*, M. med. Wschr. Jahrg. 79. Nr. 50. S. 1482. 1923. — *Haxthausen*, Derm. Ztschr. Bd. 35. H. 1/2. S. 54—69. 1921. — *Heinen*, M. med. Wschr. 1916. — *Henrici* u. *Reynolds*, Proc. of the soc. f. exper. biol. a. med. Bd. 19. Nr. 5. S. 255—256. 1922. Ztrbl. Bd. 6. S. 237. — *Hirschfeld* u. *Pollio*, Arch. f. Derm. 77. S. 165. 1904. — *Hodara, Menahem* u. *Houloussi Behdjet*, Derm. Wschr. Bd. 75. Nr. 29. S. 730—731. 1922. — *E. Hoffmann*, Behandl. d. Haut- u. Geschlechtskrankh. IV. Aufl. Bonn 1923. — *Hoff*, Arb. a. d. neurol. Inst. d. Wien. Univ. Bd. 27. H. 1. S. 73—82. 1925. — *Holler* u. *Singer*, Biochem. Ztschr. Bd. 139. — *Holm*, Derm. Wschr. 83. S. 1763 u. 1796. 1926. — *Hüter*, zit. n. *Lanzenberg*. — *Jadassohn*, zit. n. *Spitzer*. — *Jacoby* u. *Bondi*, Beitr. z. chem. Phys. u. Path. 7. 10/11. Ztschr. f. Chirurg. 95. 1908. — *Jeanselme, Bourguignon* et *Lucas*, Bull. de la soc. franç. de derm. 1922. Nr. 6. S. 247—258. 1922. Ztrlbl. Bd. 8. S. 126. — *Jeß*, M. med. Wschr. 1921. S. 324. — *Joseph*, Ztrlbl. f. Chir. Jahrg. 48. Nr. 29. S. 707—708. 1921. — *Kniepf*, Ther. Halb-

Digitized by Google

monatsh. Jahrg. 34. — *Kolmer* u. *Planner*, Wien. kl. Wschr. Jahrg. 34 Nr. 10. S. 106—108. 1921. — *Lafay*, Bull. de la soc. franç. de derm. 1925. Nr. 5. S. 190—195. Ztrlbl. Bd. 20. S. 724. — *Lanzenberg*, Bull. de la soc. franç. de derm. 1926. Nr. 7. S. 598—599. Ztrlbl. Bd. 22. S. 525. — *Laquerrière*, Journ. de radiol. et d'électrol. Bd. 6. Nr. 6. S. 284. 1922. Ztrlbl. Bd. 7. S. 378. — *Leibkind*, Ztrlbl. Bd. 14. S. 299. — *Lenhoff* u. *Kagelmann*, Ztrlbl. Bd. 19. S. 203. — *Leven*, Derm. Wschr. Bd. 77. Nr. 33. S. 999—1004. 1923. — *Lion*, Arch. f. Derm. 1900. S. 635. — *Lissau*, Ther. d. Geg. Jahrg. 62. H. 12. S. 436—488. 1921. — *O. Loeb*, Arch. f. exp. Path. u. Pharm. Bd. 69. Ebenda. Bd. 56. S. 320. 1907. — *Lortat-Jacob* u. *Legrain*, Bull. de la soc. franç. de derm. Jahrg. 32. Nr. 4. S. 148—152. 1925. Ztrlbl. Bd. 17. S. 803. — *Louste* et *Thibaut*, Bull. de la soc. franç. de derm. 1923. Nr. 7. S. 338—340. 1923. Ztrlbl. Bd. 10. S. 434. — *Lucchetti*, Giorn. ital. d. malatt. vener. e. d. pelle. Bd. 63. H. 2. S. 372—378. 1922. — *MacCormac*, Proc. of the roy. soc. of med. Bd. 16. Nr. 9. Sect. of dermatol. S. 83—84. 1923. Ztrlbl. Bd. 10. S. 371. — *Martenstein* u. *Granzow-Irrgang*, Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 152. S. 196—210. 1926. — *Mayer*, Mtsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 58. H. 5/6. S. 272—277. 1922. — *Michaelis*, Acta dermo-venereol. Bd. 2. H. 4. S. 437—439. 1922. — *Mutschlechler*, Dtsch. med. Wschr. Jahrg. 50. Nr. 7. S. 210. 1924. — *Niekau*, Ergebn. d. inn. Med. Bd. 22. S. 479—554. 1922. — *Oliver*, Arch. of derm. a. syph. Bd. 10. Nr. 2. S. 264—265. 1924. — *Oppenheim*, Mtsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. H. 3/4. S. 229—231. 1926. — *Osborne*, Journ. of the Amer. med. ass. Bd. 79. 1922. S. 615—617 u. 1921. Bd. 76. S. 1384—1386. — *Osborne, Sutherland, Scholl* u. *Rowntree*, Journ. of the Amer. med. ass. Bd. 80. S. 368—373. 1923. — *Pamfil*, Ztrlbl. Bd. 9. S. 182. — *Parounagian* u. *Rulison*, Arch. of derm. a. syph. Bd. 4. Nr. 2. S. 259. 1921. — *Pelon*, Gaz. des hôp. civ. et milit. Jahrg. 94. Nr. 35. S. 553—555. 1921. Ztrlbl. Bd. 4. S. 200. — *Peters*, Med. Kl. Jahrg. 22. Nr. 1. S. 25. 1926. — *Poenitz*, Intravenöse Behandlung v. Nierenkrankheiten m. Preglscher Jodlösung, zit. n. *Slauk*. — *Pregl*, Wien. kl. Wschr. Jahrg. 34. Nr. 24. S. 288 bis 289. 1921. — *Rachmilewitsch*, Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskr. Bd. 92. H. 1. S. 51—77. 1921. — *Ravaut*, zit. n. *Lortat-Jacob* u. *Legrain*. — *Ravich*, New York med. journ. Bd. 115. Nr. 9. S. 516—518. 1922. Ztrlbl. Bd. 7. S. 75. — *Riehl*, M. med. Wschr. Jahrg. 68. Nr. 21. S. 644. 1921. — *Rodriguez*, Journ. of the Philippine Islands med. assoc. Bd. 6. Nr. 7. S. 223—226. 1926. Ztrlbl. Bd. 22. S. 287. — *Röhrig*, zit n. *Slauk*. — *Roger*, Gaz. des hôp. civ. et milit. Jahrg. 94. Nr. 80. S. 1269—1270. 1927. Ztrlbl. Bd. 4. S. 156. — *Ronchese*, Giorn. ital. d. malatt. vener. e. d. pelle. Bd. 63. H. 4. S. 918—925. 1922. — *Rosenstirn*, Journ. of cancer research. Bd. 10. Nr. 1. S. 61—65. 1926. Ztrlbl. Bd. 22. S. 189. — *Rost*, Kl. Wschr. 1924. S. 14. — *Rowell*, Surg. gynecol. a. obstetr. Bd. 36. Nr. 2. S. 219—226. 1923. Ztrlbl. Bd. 12. S. 176. — *Sachs*, Derm. Wschr. Bd. 78. Nr. 6. S. 165—166. 1924. — *Sahm*, Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 132. S. 34—41. 1921. — *Sainz de Aja*, Rec. méd. de Sevilla. Jahrg. 43. Augusth. S. 1—3. 1924. Ztrlbl. Bd. 16. S. 787. — *Derselbe*, Actas dermo-sifiliogr. Jahrg. 17. Nr. 2. S. 82—84. 1925, u. Jahrg. 13. Nr. 2. S. 66—71. 1921, u. Jahrg. 17. Nr. 3. S. 137. 1925. — *Sainz de Grado*, zit. n. *Lehnhoff* u. *Kagelmann*. — *Sartory* u. *Scheffer*, Journ. de Méd. de Paris. Jahrg. 41. Nr. 30. S. 594. 1922. Ztrlbl. Bd. 6. S. 523. — *Savnik* u. *Truttwin*, Ztrlbl. Bd. 7. S. 162. — *Schede*, zit. n. *Slauk*. — *Scheele*, Ztschr. f. Urol. Bd. 15. H. 8. S. 347—349. 1921. — *Scheringa*, Nederl. tijdschr. v. geneesk. Jahrg. 65. 1. Hälfte. Nr. 12. S. 1578. 1921.

Digitized by Google

Ztrlbl. Bd. 1. S. 479. — *Schoeps*, zit. n. *Slauk*. — *Schönfeld*, Wien. med. Wschr. Jahrg. 71. Nr. 11. S. 508—510. 1921. — *Derselbe*, Ztschr. f. Neurol. 104. — *Schraunk*, Wien. kl. Wschr. 1914. Nr. 4. — *Schreiner*, Derm. Ztschr Bd. 33. H. 3/4. S. 191—203. 1921. — *Schuhmacher*, Dtsch. med. Wschr. 1915. Ebenda. 1918. Nr. 47. Ebenda. 1915. Nr. 6. Ebenda. 1915. Nr. 23. — *Seifert*, Dtsch. med. Wschr. Jahrg. 52. Nr. 34. S. 1432. 1926. — *Semon*, Lancet. Bd. 211. Nr. 16. S. 893—894. 1926. Ztrlbl. Bd. 22. S. 525. — *Senin*, Ztrlbl. Bd. 20. S. 794. — *Slauk*, Vom Jod im Verwendungsbereich der inneren Medizin. Beiheft z. Med. Klinik. 1926. — *Spiro*, Ergebn. d. Physiol. Bd. 24. — *Spitzer*, Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 142. H. 2. S. 310—316. 1923. — *Stepp*, Strahlenther. 10. S. 143. 1920. — *Stöber*, Med. Kl. Jahrg. 18. Nr. 3. S. 78—79. 1921. — *Tant*, Scalpel. Jahrg. 75. Nr. 36. S. 874—881. 1922. Ztrlbl. Bd. 7. S. 126. — *Takemura*, Hoppe-Seylers. Ztschr. 72. S. 78. 1911. — *Thibaut*, zit. n. *Lortat-Jacob* u. *Legrain*. — *Urban*, Ztrlbl. Bd. 3. S. 543. — *Veil* u. *Sturm*, Dtsch. Arch. f. kl. Med. 154. S. 329. 1927. — *von der Velden*, Biochem. Ztschr. 9. S. 54. 54. 1908. Ebenda. 21. S. 125. 1909. Berl. kl. Wschr. 1912. S. 825. — *Vigne* u. *Pringault*, Marseille-méd. Jahrg. 60. Nr. 15. S. 786—789. 1925. Ztrlbl. Bd. 10. S. 73. — *Watrin*, Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. Jahrg. 1923. Nr. 3. S. 8—10. 1923. Ztrlbl. Bd. 9. S. 105. — *Wayson*, Arch. of derm. Bd. 3. Nr. 3. S. 243—249. 1921. — *Weber*, Brit. journ. of derm. Bd. 35. Nr. 5. S. 169—180. 1923. — *Werner*, Strahlenther. Bd. 15. — *Werther*, Ztrlbl. Bd. 16. S. 528. — *Wetzel*, Journ. of pharm. a. exp. ther. Bd. 15. — *Wile*, Arch. of derm. Bd. 8. Nr. 3. S. 407—410. 1923. — *Wile, Wright* u. *Smith*, Arch. of derm. Bd. 6. Nr. 5. S. 529—541. 1922. — *Winckler*, Dtsch. med. Wschr. Jahrg. 41. Nr. 41. S. 1388. 1922. — *Wirz*, M. med. Wschr. Jahrg. 72. Nr. 23. S. 936—937. 1925. — *Wise*, Arch. of derm. Bd. 13. Nr. 6. S. 854—855. 1926. — *Wittich*, zit. n. *Slauk*. — *Wright*, New York med. journ. a. med. record. Bd. 118. Nr. 5. S. 292—294. 1923. Ztrlbl. Bd. 10. S. 472. — *Zinßer*, Ztrlbl. Bd. 7. S. 449. — *Derselbe*, Ztrlbl. Bd. 7 S. 450. — *Zwick*, Corr.-Blatt f. Schweiz. Ärzte. 1917. Nr. 39.

V.

(Aus der Chirurgischen Universitätsklinik Berlin [Dir. Geh. *August Bier*].)

Ein Fall von Lichen vaccinicus.

Von

WILHELM RICHTER.

(Mit 2 Abbildungen.)

Die bisher im Anschluß an die Schutzpockenimpfung beobachteten Schädigungen lassen sich in 2 Gruppen einteilen:

1. Hämatogene Vakzine:
   a) akzidentelle oder akzessorische Vakzine,
   b) generalisierte Vakzine.

Digitized by Google

2. Ektogene Vakzine infolge von Auto-Inokulation:
   a) vereinzelte Pusteln an entfernten Körperpartien,
   b) Eccema vaccinatum.

Bei der ersten Gruppe handelt es sich nach der Ansicht von *Meder* und *V. Pirquet* um eine verzögerte Immunität, durch welche das hämatogen ausgeschwemmte Virus zu manifesten Hauterscheinungen führt. Im allgemeinen tritt dieses Krankheitsbild am 9.—11. Tage nach der Impfung auf. Diese generalisierte Vakzine ist außerordentlich selten. *Ginz* hat in letzter Zeit an einer Zusammenstellung seines außerordentlich reichen

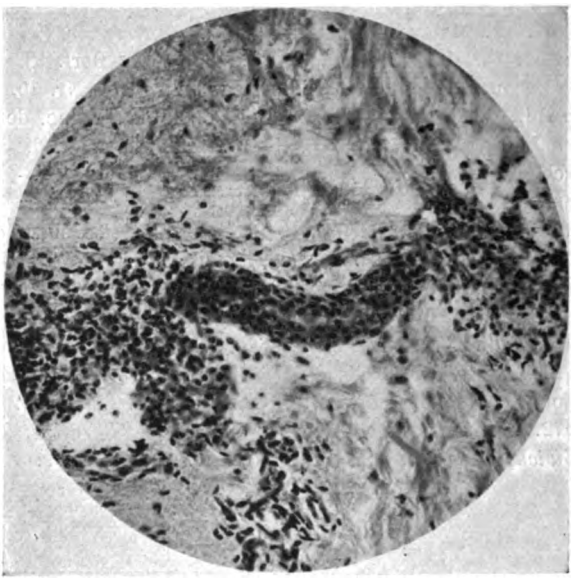


Abb. 1.

Materials vom Jahre 1913 an im ganzen nur 12 derartige Fälle beschrieben. Auch die in diese Gruppe einzureihenden akzidentellen Vakzine, die in der Umgebung der Impfstellen auftreten, sind verhältnismäßig selten und müssen streng abgegrenzt werden von denen, die durch Auto-Inokulation übertragen sind. Die ektogene Vakzine pfropft sich auf Kratzeffekte auf, die im allgemeinen ihre Ursache in juckenden Hauterkrankungen haben.

Während in früherer Zeit die ektogene Vakzine verhältnismäßig häufig war, gehört diese auch jetzt zu den Seltenheiten, seitdem vor der Impfung eine allgemeine Untersuchung vorgenommen wird und bei geringsten Anzeichen von juckenden Hauterkrankungen bis zur Heilung von der Impfung Abstand ge-

Digitized by Google

nommen wird. Bei chronischen Affektionen, bei denen das leider nicht möglich ist, muß nach der Impfung sofort an der Impfstelle ein Verband angelegt werden, durch den eine Auto-Inokulation ausgeschaltet wird.

An dieser Stelle muß weiterhin darauf hingewiesen werden, daß von den Impflingen auch Übertragungen mit Vakzinen auf die Umgebung stattfinden können und Eltern und Verwandte aufgeklärt werden müssen, daß sie dementsprechende Maßnahmen treffen.

Im folgenden bringe ich die Krankengeschichte eines Impflings, die insofern von besonderem Interesse ist, als es sich um

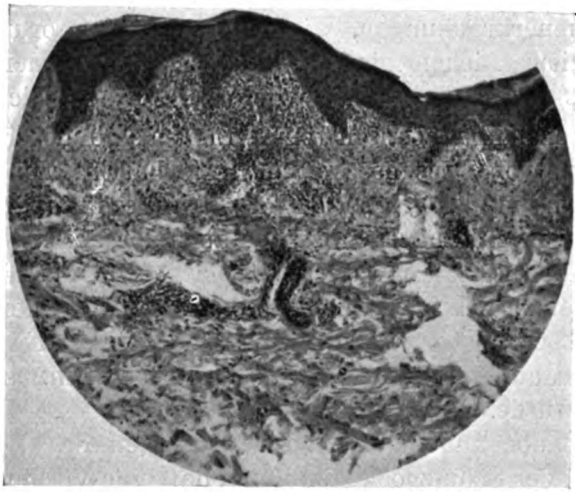


Abb. 2.

eine bisher in der Literatur noch nicht beschriebene Beobachtung im Anschluß an eine Impfung handelt.

Kind Norbert B., 14 Monate alt, Familienanamnese o. B. bis zum 6. Monat Brustkind, mit 8 Monaten angeblich Windpocken, die nach 14tägigem Bestand abheilten; im Anschluß daran kurze Zeit leichter Durchfall; seit Geburt besteht Nabelbruch. Vor zirka 3 Wochen Schutzpockenimpfung, alle 4 Impfstellen waren aufgegangen, nach der Impfung absolutes Wohlbefinden, bis zirka 14 Tage später zunächst an den Halspartien kleine rote Knötchen auftraten, die sich in kurzer Zeit über den ganzen Körper ausbreiteten und geringes Jucken verursachten. Es war nur aufgefallen, daß das Kind unruhig schlief und im allgemeinen weniger Appetit zeigte.

Status praesens: Kräftiges, dem Alter entsprechend entwickeltes Kind, läuft gut, Herz, Lungen, innere Organe o. B., an den Impfstellen geringe Krustenbildung; über den ganzen Stamm übergreifend auf den Hals und die Streckseiten der Extremitäten zahlreiche etwas über hirsekorngroße, flache,

Digitized by Google

braunrot verfärbte Knötchen polygonal konfiguriert, die zum Teil mit einem kleinen Schüppchen bedeckt waren, keinen Glanz zeigten.

Die *Probeexzision* ergab neben geringer Hyperkeratose Lymphozyteninfitrationsherde besonders in dem Stratum papillar, aber auch in den tieferen Schichten perivaskulär angeordnet. Das Stratum spinosum zeigt keinerlei Veränderungen.

Tierimpfungsversuche konnten wegen des geringen Materials leider nicht ausgeführt werden.

Pirquet negativ. Therapie: Calcium carbonicum, Colloo D 3, 3mal täglich 1 Tablette. Nach 4 Tagen zeigt sich ein deutlicher Rückgang der Knötchen unter Abblassung der braunroten Farbe. Nach 8 Tagen waren nur Spuren der ursprünglichen Herde zu finden, nach weiteren 8 Tagen völlige Heilung.

Es handelt sich um ein Krankheitsbild, das klinisch wie auch histologisch den allergischen, wenn ich es so bezeichnen darf, Lichenerkrankungen, wie Lichen scrofulosorum, Lichen trichophyticus, Lichen microsporicus usw. anzugliedern ist, und die ich aus diesem Grund als Lichen vaccinicus bezeichnet habe.

Differenzialdiagnostisch konnte Lichen scrofulosorum wegen des Fehlens von Drüsenschwellung, Blepharitis, Konjunktivitis und Ekzem in der Umgebung der Körperöffnungen ausgeschlossen werden; außerdem sprach auch der Verlauf gegen die Diagnose Lichen scrofulosorum. Der negative Ausfall der Pirquetreaktion ist allerdings nicht sonderlich zu bewerten, da auch bei Lichen scrofulosorum die Pirquetreaktion negativ sein kann, worauf von anderen Autoren (*Jadassohn* u. a. m.) schon hingewiesen wurde.

Ich glaube annehmen zu dürfen wegen des Zusammenhanges mit der Schutzpockenimpfung, daß eine Verbindung zwischen der Hautaffektion und dieser besteht und daß die Knötchenbildung als allergischer Vorgang in der Haut aufzufassen ist, der auf die Ausschwemmung des Vakzinevirus zurückzuführen ist.

Miliaria rubra konnte wegen der Verfärbung und der Gestalt der einzelnen Effloreszenzen ausgeschlossen werden.

Zusammenfassend handelt es sich in dem vorliegenden Fall um eine lichenoide Erkrankung, die mit der Schutzpockenimpfung in Verbindung zu bringen ist und als Ausdruck einer allergischen Vakzineerkrankung aufzufassen ist. Mit der Bezeichnung Lichen vaccinicus glaube ich das Krankheitsbild am besten zu treffen.

Digitized by Google

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung am Dienstag den 13. Dezember 1927.

Vorsitzender: Herr *G. Arndt.* Schriftführer: Herr *R. Ledermann.*

Geschäftlicher Teil:

Herr Geh. Sanitätsrat Professor Dr. *Benda* wird anläßlich seines 70. Geburtstages zum Ehrenmitglied ernannt.

Wissenschaftlicher Teil:

Herr *Arndt* demonstriert:

1. 12jähriges Mädchen mit *akuter Miliartuberkulose der Haut* und *Mundschleimhaut.* Beginn des namentlich an Handflächen, Fußsohlen, Hand- und Fußrücken, Gesäßbacken, Ellbogen und Stirn lokalisierten, vorwiegend hämorrhagischen bzw. hämorrhagisch-bullösen, im Gesicht kleinpapulösen, lichenoiden Ausschlags vor 14 Tagen.

Die auf Grund des klinischen Bildes gestellte Diagnose wurde durch den mikroskopischen Befund (riesenzellenhaltige, scharf umschriebene, rundliche Knötchen, in denen 2 säurefeste Stäbchen nachgewiesen werden konnten) und durch das Ergebnis der röntgenologischen Untersuchung (miliare Aussaat in beiden Lungen) bestätigt. Besonders hervorgehoben werden die schlüsselförmig vertieften, nekrotisch belegten und hämorrhagischen Ulzerationen an Gaumen und Zunge.

2. 12jähriger Knabe mit *Granuloma teleangiectaticum pediculatum benignum.* Der dem Umfang einer halben Himbeere entsprechende Tumor hatte sich im Anschluß an eine geringfügige Verletzung des Lippenrots entwickelt.

Die demonstrierten mikroskopischen Präparate zeigen in der Hauptsache eine flach ulzerierte, angiomatöse Neubildung.

3. Abbildungen und mikroskopische Präparate eines vor wenigen Tagen verstorbenen 38jährigen Mannes mit *Lymphogranulomatose der Haut.* Analogie mit den bekannten Fällen von Groß und Bruusgaard. Außer der für „Hodgkin" charakteristischen, ausgebreiteten Lymphdrüsenerkrankung zahlreiche kutane — vielfach zentral nekrotische, auch flach ulzerierte — und subkutane Tumoren an Vorderfläche und Seitenfläche des Thorax. Ausgesprochenes Ödem der Brusthaut. Trockene, schilfernde, etwas an Ichthyosis erinnernde Veränderung und punktförmige Pigmentflecke der Rumpfhaut, wie sie auch sonst bei dieser Erkrankung beobachtet werden.

Der Patient ist an einem Erysipel zugrunde gegangen.

4. 50jähriger Mann mit *fast universellem Lichen ruber planus* von sehr ungewöhnlichem klinischen Aussehen. Außer flächenhafter, scharf begrenzter Infiltration knotenförmige und bullöse Veränderungen. Am äußeren Genitale und an der Gaumenschleimhaut Veränderungen, deren Erkennung als Lichen ruber geringere Schwierigkeiten macht.

Das histologische Bild der demonstrierten Präparate für Lichen planus absolut charakteristisch. — Unter der sofort nach Aufnahme in die Klinik eingeleiteten Arsenbehandlung hat sich sehr schnell ein Rückgang des seit 2 Jahren bestehenden, durch heftiges Jucken quälenden Leidens eingestellt. Starke Beteiligung der behaarten Kopf- und der Gesichtshaut.

5. 50jähriger Mann mit einer sehr ungewöhnlichen, seit 9 Jahren bestehenden, durch zahlreiche symmetrisch verteilte, namentlich an den Streckseiten der Extremitäten, an den Gesäßbacken, in geringerem Grade an Rumpf und

Digitized by Google

Kopf (inkl. Mundschleimhaut) lokalisierte hämorrhagische Knoten ausgezeichneten Hauterkrankung.

Die hämorrhagischen, vorwiegend kutanen Knoten, die sich stellenweise zu sehr umfangreichen Infiltraten entwickeln, werden nach kurzer Zeit trockennekrotisch, zerfallen geschwürig und hinterlassen sehr scharf begrenzte, rundliche, bzw. bogig konturierte, pigmentfreie Narben.

Die sehr häufig wiederholte auch röntgenologische Untersuchung der inneren Organe, des Blutbildes hat außer einer geringgradigen Linksverschiebung des letzteren kein greifbares Resultat ergeben.

Abgesehen von einer durch die Ausdehnung der Hautveränderungen erklärlichen geringfügigen Beeinträchtigung des Wohlbefindens ist die allgemeine Gesundheit nicht wesentlich gestört und auch während des 9jährigen Verlaufs nicht gestört gewesen.

Im mikroskopischen Bilde eines geschlossenen Knotens findet sich ein dichtes, zellreiches, kutanes Infiltrat, dessen Hauptmasse von polymorphkernigen Leukozyten gebildet wird, so daß man bei der Betrachtung der histologischen Veränderungen zunächst an einen in Bildung begriffenen Hautabzeß denken würde. *Unter* der *geschlossenen Epidermis* finden sich haufenförmig gelagerte grampositive Kokken.

Versuche, aus dem Gewebe der Hautknoten und aus dem Blut Mikroorganismen zu züchten, sind stets fehlgeschlagen.

Das häufige Auftreten leichter fieberhafter Anginen, die der in Schüben verlaufenden Hauterkrankung voraufgehen, legt die Annahme einer relativ gutartigen, chronischen Sepsis nahe.

Aussprache:

Herr *Bodtländer.*

Herr *Gottron* (Universitätshautklinik): Pityriasis lichenoïdes chronica und Naevus anaemicus bei einem 26jährigen Mann: Die Pityriasis lichenoïdes ist vor allem an den seitlichen Rumpfpartien und auf den Streckseiten der Extremitäten lokalisiert und vornehmlich gekennzeichnet durch kleine rötlichbraune knötchenförmige Effloreszenzen, die nur zum geringen Teil mit Schüppchen bedeckt sind. Kollodiumartig aufgeklebte Schüppchen sind nur ganz vereinzelt vorhanden. Die morphologische Erscheinungsform hatte anderwärts zur Verwechslung des Exanthems mit Lues geführt. Antiluetische Behandlung war eingeleitet worden. (Beachte Salvarsaninfiltrat lk. Ellenbeuge.) Wassermannsche Reaktion negativ. Typischer klein handtellergroßer Naevus anaemicus auf der linken Brust.

Herr *Löhe* (Virchowkrankenhaus): Frau H., 27 Jahre alt, ein 4jähriges gesundes Kind, 2 Aborte 1922 und 1923 im 3. Monat. Am 1. 10. 1927 Erkrankung mit Halsschmerzen, Schüttelfrost, Fieber 38,3. Halsentzündung klang in 3 Wochen ab, die Patientin war 8 Tage beschwerdefrei. Am 26. 11. erneut Halsentzündung und Kopfschmerzen, kein Fieber; gleichzeitig stellte sich ein Ausschlag auf Stirn, Lippen und am Genitale ein, nach weiteren 3 Tagen Schmerzen in Hand- und Kniegelenk, erhebliche Gewichtsabnahme.

Aufnahme am 3. 12. 1927: Anämische Frau, 43 kg Gewicht. Temperatur 36,8. Im Urin Alb. Sediment reichlich Leukozyten; kein Zucker. Milz derb, deutlich palpabel.

Mundhöhle: auf beiden kastaniengroßen, geröteten Tonsillen zahlreiche Pfröpfe; am linken vorderen Gaumenbogen und an der Unterlippe oberfläch-

Digitized by Google

liche, unregelmäßige Epitheldefekte, grauweißlich gefärbt. An beiden Zungenrändern mehrere linsengroße, scharf begrenzte Ulzera mit eitrig belegtem nicht infiltriertem Grund, geröteter Umgebung.

Genitale: rechtes kleines Labium ödematös verdickt, weich. Auf der Innenfläche der beiden kleinen Labien sowie am linken großen Labium eine Anzahl stecknadelkopf- bis linsengroßer, scharf begrenzter, oberflächlicher, nicht infiltrierter mehr oder weniger tiefer Erosionen. An der hinteren Kommissur oberflächliches, nicht infiltriertes, fast pfennigstückgroßes, eitrig belegtes Ulkus mit scharfen Rändern, welches lebhaft sezerniert. An der Portio pfennigstückgroße, oberflächliche Erosion.

Haut: An Stirn, Nase, medialen Wangenpartien, Nasolabialfurche, Lippe, Kinndreieck und Nacken sieht man ein lividrotes, urtikariell erhabenes Exanthem. Im Bereich desselben finden sich eine größere Zahl linsen- bis erbsengroßer Effloreszenzen, die zum Teil konfluiert, wenig infiltriert sind. In der Nasolabialfurche und im Kinndreieck treten die Effloreszenzen stärker hervor, sind mit bräunlichen Schuppen bzw. Krusten bedeckt. Nach Abheben derselben erfolgt keine Blutung, keine Serumsekretion. Auf der Haut des behaarten Kopfes zahlreiche bis etwa pfennigstückgroße, lividrote, kaum infiltrierte, nicht schuppende Herde. In der rechten Hohlhand sowie in der linken Handgelenkbeuge je eine linsengroße, bräunliche, leicht infiltrierte Papel mit geringer Schuppung. Die Haut des übrigen Körpers ist völlig frei.

Drüsen: Inguinales, cervicales, submaxillares wenig geschwollen.

Die oben beschriebenen Effloreszenzen in Gesicht und Mundhöhle, an Nacken und Genitale, Portio wurden in sehr zahlreichen Serienpräparaten täglich untersucht. In keinem einzigen der vielen Präparate wurden Spirochaetae pallidae gefunden; in den Abstrichen von den Tonsillen fanden sich neben anderen Stäbchen und Kokken am ersten und zweiten Tage Plaut-Vinzentsche Erreger, keine Diphtheriebazillen. Die serologische Untersuchung des Blutes in unserem Laboratorium, im Institut Robert Koch und bei Dr. Meyer ergab nach Wassermann und Meinicke ein stark positives Resultat. Luetinreaktion: negativ. Lumbalpunktion: negativ. Das Blutbild ergab eine Monozytose mit Linksverschiebung (18%). Nach 2 Tagen waren die Pfröpfe von den Tonsillen verschwunden; es traten nunmehr deutlich linsen- bis erbsengroße ulzeröse Veränderungen auf den Tonsillen zutage, in denen auch keine Spirochäten gefunden wurden.

Auf eine provokatorische Injektion Neosalvarsan 0,15 war eine stärkere Infiltratbildung an den Effloreszenzen des Gesichts zu bemerken, auch stellten sich Schmerzen in beiden Kniegelenken ein, kein Erguß. — 2 papulöse Effloreszenzen vom Kinn wurden exzidiert (keine Spir. pall.) und auf Kaninchen überimpft, sowie zur Levaditifärbung verarbeitet.

Der Ehemann, 31 Jahre alt, wurde im April 1927 wegen eines P.A. am Penis mit 22 Injektionen Salvarsan behandelt. Im August/September, da sich wieder Erscheinungen zeigten, mit etwa 24 Injektionen Salvarsan. Bei der Untersuchung am 5. 12. bestand im Sulcus coronarius ein überhäutetes pfennigstückgroßes Infiltrat, am Stamm und den Extremitäten einzelne bohnen- bis markstückgroße, braune, wenig infiltrierte Herde. Geringe allgemeine Drüsenschwellung. Wassermann, Meinicke negativ. Bei dem Patienten waren im August in der Universitätshautklinik in dem Infiltrat am Penis zahlreiche Spirochäten (++++ pos.) gefunden worden, die Diagnose auf salvarsan-

Digitized by Google

resistente Lues, psoriasiformes Syphilid gestellt worden. Der Patient hatte sich aber nach einer Injektion Kalomel der weiteren Behandlung entzogen.

Der vorgestellte Fall ist deshalb bemerkenswert, weil die Frau von dem Ehemann infiziert worden ist, der an einer salvarsanresistenten Lues (reichlich Spir.-negative Blutreaktion) leidet, bei der Frau jetzt ein sekundärsyphilitisches Exanthem besteht, in welchem sich keine Spirochäten finden, während die serologische Untersuchung des Blutes stark positiv ist. Die Erklärung für diesen auffallenden Befund ist vielleicht darin zu suchen, daß die Spirochäten des Mannes infolge der sehr reichlichen Salvarsanbehandlung leichter abtötbar geworden sind und daher bei der Frau, die über vermehrte Abwehrstoffe verfügt (Wassermann stark pos.), schnell zugrunde gegangen sind.

Herr *Buschke* demonstriert:

1. Ein 7jähriges Kind, welches im Anschluß an einen Keuchhusten vor 3 Jahren einen ausgedehnten Haarausfall bekam, der schließlich den ganzen Kopf betraf und bisher jeder Behandlung trotzte, bis auf Kombination von Höhensonne, Thyreodin und Thyroxin und jetzt partielles Haarwachstum sich entwickelt hat. Die Behandlung wurde von Dr. *Pototzky* im Kaiserin-Augusta-Viktoriahaus ausgeführt.

2. Einen 52 Jahre alten Mann, der bereits einmal von Herrn Kollegen *Bruhns* hier vorgestellt worden ist, mit einem über Rumpf und obere Extremitäten disseminierten Exanthem, das damals als eine Form der Pityriasis lichenoides acuta varioloiformis aufgefaßt wurde, das mit Narbenbildung abheilte.

Es war damals bereits erwogen worden, ob eventuell ein Tuberkulid vorläge. Dieses Exanthem hatte er vor 2 Jahren zum erstenmal. Die Demonstration von *Bruhns* erfolgte in der Maisitzung 1927. Jetzt wurde er zu uns aus der Wittenauer Heilanstalt, wo er wegen einer Psychose lag, eingeliefert mit einem erneuten Exanthem, welches sich aus disseminierten, im Durchschnitt stecknadelkopf- bis linsengroßen, scharf abgegrenzten, wenig prominierenden und sehr wenig schuppenden Papeln zusammensetzte, verteilt auf Rumpf und obere Extremitäten ohne nennenswerte subjektive oder sonstige Allgemeinerscheinungen. Dazwischen wies er zahlreiche bläuliche, unregelmäßig scharf abgegrenzte, teils rundliche, teils längliche, aber kaum Linsengröße überschreitende Narben auf, herrührend von dem früheren Exanthem.

Unter unserer Beobachtung heilte, bis auf ganz vereinzelte Effloreszenzen, im Laufe von Wochen die Affektion wiederum mit Narbenbildung ab.

Histologisch fanden sich im Papillarkörper und der Kutis ziemlich scharf abgesetzte entzündliche Infiltrate, die aus epitheloiden Zellen bestanden. Die sonstige Untersuchung des Patienten ergab außer einer gewissen psychischen Debilität bei dem im übrigen kräftigen Manne nichts Krankhaftes, speziell war nichts von Tuberkulose nachweisbar; auch die Durchleuchtung ergab nichts. Er hatte zwar eine starke Pirquet- und Pondorf-Reaktion, die ja aber bei Erwachsenen irrelavant ist.

Die Diagnose, die auch damals als strittig angesehen wurde, auf „Pityriasis lichenoides acuta" ist abzulehnen, wie es überhaupt zweifelhaft ist — wie auch damals schon betont wurde —, ob es gerechtfertigt ist, aus einer gewissen äußeren Ähnlichkeit der Effloreszenzen diese Affektion mit einer Parapsoriasis zu identifizieren. Eine Diagnose war nicht zu stellen. Ob eventuell das Leiden mit der Affektion des Zentralnervensystems zusammenhängt, muß offen gelassen werden.

Digitized by Google

Aussprache:

Herr *Bruhns:* Auch ich habe bei diesem von mir vor zirka 7 Monaten vorgestellten Fall damals auf die Möglichkeit der Tuberkulide hingewiesen, wir hatten aber auch bei zweimaliger Exzision histologisch nichts von Tuberkulose finden können. Der negative Befund spricht ja noch nicht gegen die Diagnose Tuberkulid, die epitheloiden Zellen aber auch nicht dafür. Die jetzt fast vollkommen eingetretene Abheilung würde wohl weniger eine Tuberkulose und eher die damals ausgesprochene Diagnose Pityriasis lichenoides acuta et varioliformis annehmen lassen. Bei dieser Bezeichnung des Krankheitsbildes waren Herr *Buschke* und ich uns schon damals ganz einig, daß sie eigentlich ganz unzutreffend ist, weil mit dem uns geläufigen Bild der Pityriasis lich. chron. gar keine Verwandtschaft erkennbar ist.

Herr *Buschke:* Ich habe schon damals betont und schließe mich auch jetzt den Ausführungen von Herrn *Bruhns* an, daß ein Identifizieren der akuten varioloiformen Pityriasis mit dem eigentlichen Krankheitsbild abzulehnen ist.

3. Einen 68jährigen Mann mit positiver Seroreaktion und Pupillenstarre. Lumbaluntersuchung war nicht möglich. Weitere Symptome seitens des Zentralnervensystems fehlten — wahrscheinlich liegt eine Tabes vor.

Der Patient merkt seit 1 Jahr eine allmählich größer werdende Geschwulst an der rechten Wangenschleimhaut. Die Inspektion ergibt außer einer diffusen Leukoplakie der Zunge auf der rechten Wangenschleimhaut ziemlich dicht unter dem Mundwinkel eine etwas über zehnpfennigstückgroße, runde, 3—4 mm über die Oberfläche hervorragende, scharf abgesetzte Prominenz mit etwas unregelmäßiger und blendend weißer Oberfläche.

Die histologische Untersuchung ergibt eine starke Verlängerung der Epithelzapfen, die ganz regelmäßig angeordnet mit der Oberfläche zusammenhängen, zwischen ihnen ein entzündliches Infiltrat, bestehend aus epithelioiden Zellen und mononukleären Lymphozyten.

Es handelt sich also um eine auf der Basis von Leukoplakie entstandene, bisher gutartige entzündliche Epithelhyperplasie. Geplant ist Radiumbehandlung.

4. Ein 23jähriges Mädchen, welches seinerzeit von Herrn Ulrich *Saalfeld* in der Festsitzung der Dermatologischen Gesellschaft kurz vorgestellt worden war, mit subungualen kleineren und größeren Fibromen an den Zehen beider Füße.

Eine Beschreibung dieser bisher nur in wenigen Fällen beobachteten Affektion findet sich in Hellers Monographie der Nagelkrankheiten im Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Wir haben diese Fibrome, welche teils etwa die Größe von Linsen, teils aber auch Phalanxgröße hatten, neben und unter den Nägeln hervorgewachsen waren, eine intakte Oberfläche zeigten, in Lokalanästhesie, zum Teil mit Entfernung der Nägel verbundenen Exstirpation behandelt.

Die histologische Untersuchung derselben ergab unter der verdickten hyperkeratotischen Epidermis kompakte fibröse Massen mit zahlreichen, mit Endothelien ausgekleideten Spalträumen durchzogen (wahrscheinlich Lymphgefäße, kein Blutgefäßbau).

Nach Ansicht des Anatomen dürfte es sich um Lymphangiofibrome handeln. Schon damals hatte Herr *Saalfeld* das gleichzeitige Bestehen eines geringgradig ausgebildeten Adenoma sebaceum konstatiert.

Wir fanden außerdem bei der etwas debilen Patientin von im übrigen sonst kräftiger Konstitution und gutem Ernährungszustand an der rechten Unter-

Digitized by Google

bauchgegend und am rechten Oberschenkel Prominenzen, welche an die Recklinghausensche Krankheit erinnerten, in scharfer Abgrenzung etwa von Zeigefingerbreite und -länge.

Die histologische Untersuchung ergab unter dem Plattenepithel hyalinisiertes Bindegewebe. Kein Verdacht auf Neurofibromatosis. An der Innenfläche des rechten Oberschenkels, ziemlich dicht oberhalb des Kniegelenks, fand sich ein etwa daumenballengroßer Herd, in dessen Bereich ohne Prominenzen die Haut netzartig bläulich verfärbt war.

Es scheint demnach, daß es sich hier um eine an verschiedenen Punkten des Ektoderms ausgebildete pathologische Anlage handelt, die wohl in dieser Form bisher nicht beobachtet ist.

5. Eine 54 Jahre alte Köchin, welche am Rücken unregelmäßig verstreute Herde aufweist, die unregelmäßig gestaltet, aber scharf abgesetzt sind, von etwa Linsen- bis Fünfzigpfennigstückgröße, nur ganz wenig an einzelnen Stellen prominierend, in deren Bereich die Haut schwach rosarot ist, ohne nennenswert zu schuppen.

Beim ersten Aspekt fanden wir eine gewisse Ähnlichkeit mit Pityriasis rosea, aber unter unseren Augen heilten die Effloreszenzen mit geringer Hautatrophie, Abblassen mit Fältelung der Haut ab. Besonders stark fand diese Rückentwicklung unter Höhensonne statt.

Die histologische Untersuchung eines Herdes ergab unter dem stark verdickten Epithel perivaskuläre Infiltrate, vorwiegend aus Lymphozyten und Plasmazellen bestehend, keine segmentkernigen Leukozyten, starke Bindegewebsvermehrung in der Kutis; auch das elastische Gewebe vermehrt.

Ob hier ein der Anetodermis ähnliches Krankheitsbild vorliegt, muß dahingestellt bleiben.

6. Eine 49 Jahre alte Patientin mit perniziöser Anämie und Hunterscher Zunge. Nebenbefund: Psoriasis. Unter Fütterung mit Leber schnelle Besserung des Blutbefundes und auch teilweise Rückbildung der Zungenaffektion.

Herr *W. Fischer* demonstriert einen Fall von ausgedehntem Lupus erythematodes des Kopfes und des Gesichtes mit kutan-subkutaner Infiltrations- und Knotenbildung am Rumpf und Gesicht. Patientin ist 36 Jahre alt, die Krankheit begann von 5—6 Jahren. Von September 1926 Triphalbehandlung, worunter die zum Teil ulzerierten Herde am Kopf abheilten, später aber, ohne allerdings geschwürig zu werden, wieder auftraten; der Krankheitsprozeß im Gesicht wurde weniger beeinflußt. Seit Ende 1926 hat Patientin bis Ende Juni 1927 im ganzen noch 14 Krysolganinjektionen in 8—14tägigen Zwischenräumen erhalten, wodurch kaum wesentliche Besserung mehr eingetreten ist. Dagegen entwickelten sich seit Mai 1927 auf der Brust und am Rücken einzelne scharf abgrenzbare, subkutan-kutane, flache, bläulich-rote Infiltrate, die auf Druck (beim Daraufliegen) schmerzhaft sind, sich allmählich vermehrten und bis zu Handtellergröße vergrößerten, nach Gruppierung und durch zentrale Abheilung (?) wird der Eindruck von Ring- und Kreisbildung erweckt. In den letzten Wochen sind solche Knoten auch an der linken Wange und an der Stirn zur Entwicklung gekommen. Der Lungenbefund der Patientin ergibt röntgenologisch keine Besonderheiten, nur der rechte Hilus ist verstärkt; vor etwa 7 Jahren hat Patientin angeblich einen Spitzenkatarrh mit Blutung gehabt; Vater und eine Schwester sind an Tbc. gestorben. Patientin selbst leidet an Husten, ohne zur Zeit klinisch einen Befund zu bieten, und ist bis in der letzten Zeit abgemagert. Blutwassermann negativ.

Digitized by Google

Es handelt sich im vorliegenden Falle um einen Lupus erythematodes des Kopfes, in dessen Verlauf sich am oberen Rumpf und im Gesicht Hautinfiltrate entwickelten, die als tiefsitzende Lupus-erythematodes-Herde angesehen werden. Die Frage wird zur Diskussion gestellt, ob hier die Goldbehandlung bei der Propagierung des Prozesses eine Rolle spielt.

Aussprache:

Herr *Arndt.*

Herr *Buschke:* Bei unserem Fall erfolgte bei der Goldbehandlung eine Dissemination typischer flacher Herde mit septischen Erscheinungen und Ikterus. Die Patientin starb. Ich halte es nicht für wahrscheinlich, daß dieser tiefe Herd — dessen L.-erythematodes-Natur noch zu erweisen ist — auf die Goldbehandlung zurückzuführen ist. Noch als Assistent Neißers sah ich eine diesem Fall ähnliche tiefe Erkrankung, wo die Möglichkeit einer Mischaffektion mit Lupus vulgaris erwogen wurde. Erwähnen möchte ich, daß wir bei einem auf Goldbehandlung sehr resistenten chronischen L. e. mit Gold Heilung erzielten, nachdem wir durch Höhensonne lokal eine akute Dermatitis im L. e. erzielt hatten.

Herr *F. Pinkus.*

Herr *S. Bergel: Beziehungen der Syphilisspirochäten zu den Haaren* (Demonstration):

Bericht über Beobachtungen, die sozusagen als Nebenbefunde bei den experimentellen Syphilisstudien erhoben wurden, die aber möglicherweise die Genese der Alopecia syphilitica aufhellen könnten, vorausgesetzt, daß die Verhältnisse beim Menschen ebenso liegen wie beim Kaninchen. — Nicht bloß in den äußeren bindegewebigen Teilen der Haare, sondern bis unmittelbar an das Haar heran wurden an syphilitisch erkrankten Hautstellen, wo ein allerdings nur mäßiger Haarausfall zu konstatieren war, beim Kaninchen Syphilisspirochäten beobachtet. *Buschke* und *Fischer* haben in einer schönen Arbeit über Spirochätenbefunde in den Haarbälgen, Schweiß- und Talgdrüsen kongenital syphilitischer Kinder berichtet. — Das Tier, um das es sich handelt, bot in manchen Beziehungen sehr bemerkenswerte Erscheinungen dar. Es wurde skrotal mit Syphilis infiziert, es bekam Hodensyphilome, nach fast 2½ Monaten traten papulöse bzw. papulo-ulzeröse Eruptionen auf an den Vorder- und Hinterfüßen und an den Augenlidern mit stark positivem Spirochätenbefund, nach etwa 3 Monaten stellte sich eine Lähmung der hinteren Extremitäten mit Blasen- und Mastdarmlähmung ein, der dann eine Lähmung der vorderen Extremitäten folgte. — An den Haaren der erkrankten Stellen der Füße und Augenlider waren Spirochäten in großer Anzahl nicht bloß in den äußeren bindegewebigen Haarbälgen, in der äußeren Wurzelscheide und in der Papille zu finden, sondern sie drangen auch in die innere Wurzelscheide, in die Huxleysche Schicht bis unmittelbar an das Haar selbst ein, wie an den Präparaten und Photogrammen leicht zu erkennen ist. Hervorzuheben ist aber, daß auch im infizierten Gebiete nicht in allen Haaren Spirochäten zu finden waren. Was die Verlaufsrichtung und den Ausbreitungsweg der Syphilisspirochäten in den Haaren betrifft, so ist er typisch und entspricht dem sonstigen Verhalten im Gewebe. Wie die Spirochäten überhaupt das Bindegewebe bevorzugen, und entlang den Bindegewebszügen weiterwandern, sich inter- und intrazellulär einnisten, wie sie besonders die adventitiellen Scheiden der Gefäßwände mantelartig umgeben, so sind sie auch in den bindegewebigen Haarbälgen in großer

Digitized by Google

Zahl anzutreffen. Sie umgeben hüllenförmig das Haar und die Papille, und zwar entlang den Bindegewebszügen, sie dringen dann aber quer in die innere Wurzelscheide bis unmittelbar an das Haar ein. — Auf Grund dieser Befunde kann man sich nun sehr wohl vorstellen, allerdings ohne direkten Beweis, daß die Alopecia syphilitica, die Erkrankung und der Ausfall der Haare die Folge der direkten Spirochäteninvasion in die Haare sein kann. Jedenfalls ist der Nachweis der engen anatomischen Beziehungen der Spirochäten zu den Haaren imstande, viel einfacher und ungezwungener das Entstehen der Alopezie der Syphilitiker zu erklären, wie zum Beispiel die Vorstellung in dem Lehrbuch der Haarkrankheiten von *M. Joseph*, 1921, wo es heißt: „Durch *Gennerich* und seine Schüler haben wir einen Einblick gewonnen, wie häufig latente meningeale Veränderungen (pathologische Veränderungen des Liquor cerebrospinalis) mit der Alopecia specifica sowohl im frischen wie in älteren Sekundärstadium anzutreffen sind. Wir haben also in der syphilitischen Alopezie einen ziemlich sicheren Anzeiger für den Bestand einer meningealen Lues zu erblicken. Die Ursache ist wahrscheinlich eine mechanische, welche mit einer besonders ausgiebigen Spirochätenaussaat nach der Schädelregion zusammenhängt." Mir scheint, daß unsere auf experimentellen anatomischen Befunden beruhende Erklärung der Alopezie der Syphilitiker nicht bloß den Vorzug der Einfachheit, sondern von allem den der Wahrscheinlichkeit hat.

Aussprache:

Herr *Buschke:* So interessant die Befunde von Herrn *Bergel* sind, so weise ich doch darauf hin, daß ich schon in der ersten Periode der Spirochätenforschung in einer ausführlichen Arbeit über die Verteilung der Spirochäten im Organismus und bei Lues congenita beim Säugling ihre Beziehung zu den zelligen Elementen mit Herrn *W. Fischer* (Arch. f. D. u. S.) wir zum ersten Mal mitgeteilt haben, daß Spirochäten in die Haare eindringen können. Aber ich möchte darauf hinweisen, daß bei der Spirochäten-Sepsis des Säuglings das als nichts Besonderes anzusehen ist, weil die Spirochäten, mit Ausnahme des Zentralnervensystems, ja überallhin eindringen, ohne daß dabei histologische Veränderungen einzutreten brauchen. Daß dieser Befund in den Haaren mit der Alopecia specifica in Beziehung zu setzen ist, möchte ich nicht annehmen; denn bei diesen Säuglingen gehört eine Alopezie, trotzdem diese Befunde wahrscheinlich gar nicht so selten sind, zu den allergrößten Seltenheiten. Ich selbst habe eine solche Alopezie noch nicht beobachtet.

Bei der Syphilis Erwachsener ist meines Wissens ein Eindringen von Spirochäten in die Haare bisher nicht beobachtet worden. Ich glaube vielmehr, daß die Alopecia specifica teils eine syphilotoxische Erscheinung ist, möglicherweise aber auch von einer spezifischen Erkrankung im Nervensystem, vielleicht der sympathischen Nerven, die mit den Haaren in Beziehung stehen, abhängt, wie es in ähnlicher Weise von manchen Autoren auch für das Leukoderm angenommen wird. Daß es toxische Erscheinungen bei Lues gibt, trotzdem bis jetzt experimentell etwas Derartiges bezüglich der Spirochäten noch nicht mit Sicherheit nachgewiesen ist, leite ich aus klinischen Beobachtungen ab, welche die parenchymatösen toxischen Erkrankungen der Leber und der Nieren im Frühstadium betreffen. Speziell bei der Leber handelt es sich um einen parenchymatösen Krankheitsprozeß, den *Virchow* als parenchymatöse Entzündung bezeichnete, der sich zurückbilden kann, aber auch in vielen

Digitized by Google

Fällen zu einem schnellen Zerfall des Leberparenchyms, zu akuter gelber Leberatrophie, führt.

Bei dieser Erkrankung haben wir seinerzeit in einer Arbeit mit *W. Fischer* keine Spirochäten nachweisen können, auch histologisch nicht und auch nicht durch Impfung auf Affen.

Solche Untersuchungen sind auch von ungarischen Autoren — soweit ich mich erinnere — bereits vor uns in gleichem Sinne ausgeführt worden.

Der Einwand, daß im Sinne von Herrn *Bergel* hier durch Leukozyten die Spirochäten entweder zerstört oder in einen nicht nachweisbaren Zustand überführt worden sind, erscheint mir nicht begründet, weil ja hier primär nur das Parenchym erkrankt ist, Interstitialzellen keine Rolle spielen. Erst bei der Narbenbildung treten diese auf, wobei außerdem bemerkt sei, daß bei den subakuten Formen der Leberatrophie sogar eine Regeneration von Leberparenchym erfolgen kann (cf. die Arbeiten von *Ponfick*).

Dieser Prozeß ist völlig analog den Vorgängen beim sogenannten Icterus catarrhalis und den sonstigen Vorgängen der Leberatrophie, bei denen ja feststeht, wie z. B. bei der Phosphorvergiftung, daß lediglich toxische Vorgänge sich abspielen. So wird der katarrhalische Ikterus jetzt mehr als eine parenchymatös-toxische Affektion aufgefaßt.

Ganz analog dürfte die parenchymatöse syph. Nephritis, welche bekanntlich mit enormem Eiweißgehalt im Frühstadium der Lues einhergeht oder nur mit sehr geringen korpuskulären Bestandteilen aufgefaßt werden, zumal ja durch die antisyphilitische Therapie oft in wenigen Tagen der Prozeß zur Rückbildung gelangt, was auch für einen toxischen und antitoxischen Vorgang spricht.

Auch für die Vorgänge bei Tabes und Paralyse habe ich seinerzeit auf die Möglichkeit, daß toxische Vorgänge eine Rolle spielen, z. B. bei den sehr schnell vorübergehenden apoplektischen Insulten, hingewiesen.

Neuerdings betont auch *Hauptmann* die eventuelle Bedeutung toxischer Vorgänge hierfür.

Was die interessanten Befunde Herrn *Bergels* in den Kaninchenhaaren betrifft, so sind sie wohl auch bedingt durch die sehr stark verbreiteten zahlreichen Spirochäten bei dem von ihm erzeugten Krankheitsprozeß in der Haut; und auch hier scheint ja keine besondere Alopezie sich zu entwickeln.

Aussprache:

Herr *W. Fischer.*

Herr *Fritz Lesser:* In den Präparaten haben wir eine beträchtliche Spirochätenaussaat in den exzidierten Fellstücken des Kaninchens gesehen und an einzelnen Stellen drangen die Spirochäten auch in die Haarwurzelscheide vor. Dieser Befund läßt noch keinen Schluß auf die Pathologie der Alopecia syphilitica des Menschen zu. Es wäre geradezu absurd, für jedes Haar, das bei der Alopecia luetica zum Ausfall kommt, eine Spirochäte verantwortlich zu machen. Zunächst haben wir in den histologischen Schnitten keine zellulären Veränderungen, keine entzündlichen Prozesse gesehen, die einen Haarausfall rechtfertigen könnten, Die luetische Alopezie tritt beim Menschen selten zur Zeit der allgemeinen Durchseuchung (Roseola) auf, sondern im allgemeinen später, die fleckförmige Alopezie sogar stets später, fast nie vor dem 8. Monat nach der Infektion, wo die Spirochätenaussaat schon abgeklungen ist. Wenn die Alopezie auf örtliche Spirochätenherde zurückzuführen wäre, so müßte man doch die Spirochäten in exstirpierten Stücken der Kopfhaut nachweisen

Digitized by Google

können, was nicht gelungen ist. Befunde am Kaninchen können doch nicht auf den Menschen übertragen werden, bzw. als Beweise für bestimmte wissenschaftliche Anschauungen der menschlichen Pathologie Geltung haben, wenn sie den Befunden beim Menschen entgegenstehen. Ich möchte die Anschauung vertreten, daß der syphilitische Haarausfall insbesondere die Form, wo es zu einer allgemeinen Lichtung der Haare am Hinterkopf kommt, auf *toxische* Einflüsse im weitesten Sinne des Wortes zurückzuführen ist, entsprechend dem Haarausfall nach Infektionskrankheiten wie Grippe oder Typhus.

Herr *Heller* erwähnt eigene Untersuchungen über die Nägel bei kongenitaler Lues ulcerosa. Das Präparat wurde von einer gerade in der Färbung der Spirochäten nach Levaditi sehr erfahrenen Laborantin einer Universitätsklinik hergestellt; es wurde zur Kontrolle Leber von kongenital-syphilitischen Kindern gleichzeitig behandelt. Der Spirochätennachweis gelang jedoch nicht. In der zweiten Zahnanlage bei kongenital-syphilitischen Kindern sind bekanntlich Spirochäten gefunden worden.

Schlußwort:

Herr *Bergel:* Ich habe nicht behauptet, daß der Beweis erbracht sei, daß die Alopezie die Folge der Spirochäteninvasion der Haarscheiden ist, sondern nur gesagt, daß die Vorstellung von der ursächlichen Beziehung zwischen Spirochäteninvasion der Haare und Alopezie eine einleuchtendere und einfachere sei als die anderen. Von einer Toxinwirkung ist bisher nichts bekannt, eine solche Annahme ist auch unnötig beim Vorhandensein von Spirochäten selbst. Indessen ist durch unsere Untersuchungen die Annahme einer Endotoxinwirkung nach dem Abbau der Spirochätenhüllen viel wahrscheinlicher. Von einer Spirochätensepsis konnte bei dem Tier gar keine Rede sein, denn ich habe ausdrüchlich hervorgehoben, daß nicht einmal alle Haare des infizierten Gebietes befallen waren und möchte noch hinzufügen, daß den erkrankten Partien unmittelbar benachbarte Stellen vollkommen frei von Spirochäten waren. Es handelt sich also um begrenzt erkrankte Stellen bei allgemein infizierten Tieren.

Herr *S. Bergel:* Die biologische Bedeutung des Fibrins für den erkrankten Organismus, mit besonderer Berücksichtigung der Hauterkrankungen (Vortrag).

Wird in extenso veröffentlicht.

Aussprache:

Herr *Buschke:* Ich würde es für wichtig halten, wenn eine Beeinflussung des Ulcus molle durch das Bergelsche Präparat zu erzielen wäre, weil das natürlich viel beweisender für seine antiseptische Kraft wäre als sein Einfluß bei einfachen Infektionen, die ja auch ohne indifferente Therapie sehr schnell heilen können.

Schlußwort:

Herr *Bergel:* Von *Callomon* ist in der Medizinischen Klinik über auffallend günstige Beeinflussung eines Ulcus phagedaenicum durch Fibrin berichtet worden.

Digitized by Google

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 12. Mai 1927.

Vorsitzender: *Saubouraud.*

Zum Protokoll: A. Sézary und *A. Barbé,* Paralyse und Malaria.

In Ergänzung der Beobachtung von *Gougerot,* welche in der letzten Sitzung mitgeteilt wurde, erwähnen *Sézary* und *Barbé* 4 Fälle, in denen trotz spontaner Malariainfektion später Paralyse zur Entwicklung kam.

Diskussion: Marcel Pinard, Saubouraud, Gougerot.

Zimmern, Gougerot, L. Huet und *F. P. Merklen,* Erythromelie Pick mit lichenartiger Leukokeratose der Zunge.

Gougerot und *F. P. Merklen,* Zirzinäre und bandförmige Prurigo.

Abgrenzung einer Sonderform von dem bekannten Bilde, entstehend durch Zusammenfluß von Prurigopapeln.

Gougerot, Peyre, Moutet und *Bourdillon,* Urtikaria durch Kälte.

Befallen war ein Kongenitalsyphilitischer.

Louste, Juster und *David,* Herdförmige Sklerodermie mit weitgehender Besserung durch eine kombinierte Behandlung mit ultraviolettem Licht und Jodionisation.

Die erstere Behandlung war bei Sklerodermie von *Belot* und *Nahan,* die letztere durch *Bourguignon* empfohlen.

Paul Ravaut, Versuche mit Autodermotherapie durch Elektrokoagulation. Demonstration von 2 derartig behandelten Kranken mit Psoriasis.

Ausgehend von der Beobachtung, daß Verrucae vulgares verschwinden, wenn eine durch irgendwelche Manipulationen zerstört wurde, sah R. lepröse Papeln verschwinden, nachdem vereinzelte mit Elektrokoagulation zerstört worden waren. Ähnliches beobachtete er bei tuberkulösen Läsionen. Er übertrug diese Behandlungsart nunmehr mit Erfolg auf Psoriasis und schlägt die Bezeichnung Autodermotherapie (autodermo-thérapie) vor.

Milian und *Delarue,* Ein Bazillus der Hautgangrän.

Es handelt sich um einen Bazillus, der aus der gangränösen Hautaffektion einer Kranken mit Dermatitis Duhring gezüchtet war und in Reinkultur beim Kaninchen Gangrän hervorrief. Als Bezeichnung wird *Pasteurella gangrenae cutis* vorgeschlagen.

Louste, Robert-Cahen und *P. Vanbockstael,* Tuberkulöses submentales Lymphom. Sekundäre ulzerös gewucherte Hauttuberkulose.

In der Aussprache denkt *Sabouraud* an Botriomykose, die sich zu dem vereiterten tuberkulösen Knoten hinzugesellt hat.

Louste, Robert-Cahen und *P. Vanbockstael,* Schwere lokale Schädigung mit Neigung zum Brandigwerden nach intramuskulärer Injektion eines unlöslichen Wismutsalzes.

Ausgedehnte Folgen einer arteriellen Embolie.

Louste, Robert-Cahen und *P. Vanbockstael,* Phagedänische Ulzerationen des Gliedes. Diagnostische und pathogenetische Aussprache.

Die diagnostisch nicht mit Sicherheit zu klärenden Geschwüre bestanden seit 6 Monaten.

Lortat-Jacob und *Legrain,* Symmetrisches Antipyrinexanthem bei einem Kranken mit Hyperhidrosis.

Das pigmentierte Erythem war nach Anwendung einer Salbe (nach *Reclus*) lokal bedingt entstanden, nicht nach Zufuhr von Antipyrin per os.

Digitized by Google

E. Juster, Untersuchungen über die Ätiologie und die Behandlung der Pigment-Erythrodermie des Gesichtes (Erythrose pigmentaire péri-buccale de Brocq).

J. bringt eine ausführliche Schilderung obiger Erkrankung, die sich vornehmlich bei Frauen findet, von *J.* aber auch in 3 Fällen bei Männern beobachtet werden konnte. Sie beginnt meist am Kinn und kann den ganzen Mund kreisförmig umgeben. *J.* denkt an Zusammenhang mit Seborrhoë, während *Brocq*, der die Erkrankung seit 1900 beobachtete und 1923 auf dem Kongreß in Straßburg zuerst beschrieb, in der Aussprache Störungen des Zentralnervensystems und der Blutzirkulation (der Blutdrüsen mit innerer Sekretion) verantwortlich macht.

Chatellier, Tumor des Gesichtes (histologische Schnitte).

Sarkomatöse Zellen mit Russelschen Körperchen; keine klinischen Daten.

Chatellier und *Rigaud*, Kondylomatöser Lupus der Zunge.

Paul Vigne und *A. W. Lauzun*, Sekundäre Aktinomykose der Bauchwand.

Aktinomykose der Coecal- und Appendixgegend, beginnend mit Durchfällen, später Durchbruch nach außen (Photographie).

P. Gastou und *P. Lemay*, Einfache Methode des Syphilisnachweises mittels der Reduktionwirkung der Seren.

Statt der Komplementablenkung benutzen die Autoren die reduzierende Wirkung syphilitischer Seren. Sie mischen Kochenilletinktur (nach der französischen Pharmakopoe) mit Serum und fügen einen Tropfen 1%igen Kal.-Ferrizianatlösung hinzu. Diese Lösung entfärbt die rosafarbige Kochenilletinktur bei Gegenwart von Blutalkalireserven. Die reduzierende Wirkung des Serums führt Wiederrotfärbung herbei. Anilinzusatz beschleunigt den Prozeß. Nach der angegebenen Methode tritt die Wiederrotfärbung bei syphilitischen Seren schnell — nach 1—2 Stunden — ein, bei nichtsyphilitischen langsam nach 4, 5 oder 6 Stunden.

H. Jausion und *A. Pecker*, Intravenöse Injektion von Pyrocatéchine und Desensibilisierung gegen Licht.

Die Autoren empfehlen Pyrocatéchine als Desensibilisator bei Lichtkrankheiten, das sie für besser verträglich halten als Resorzin.

Jeanselme, Paul Lefèvre und *Willemin*, Abnorme Form von Mundtuberkulose.

Als tuberkulös sichergestellte äußerst harte Infiltration der Wangenschleimhaut bei einem 29jährigen Russen.

Gouin und *Bienvenüe*, Lichen planus und oberflächliche Röntgenbestrahlung (neue Tatsachen).

Die Autoren haben weitere 10 Fälle erfolgreich vom Rücken her bestrahlt. Dadurch erhöht sich die Zahl ihrer erfolgreich behandelten Kranken auf 21.

Gouin und *Bienvenüe*, Umwandlung gewisser Hautreaktionen in Lichen planus mit oder ohne Röntgenbehandlung.

Bericht über 3 Fälle.

S. Hufschmidt, Heilung von 3 Fällen von Lichen planus durch Tréparsol.

J. Schaumann und *K. Hedén*, Über die Wa.R. beim Lupus erythematodes angestellt mittels starker Serummengen.

Die Wa.R. war bei 44 Kranken mit Lupus erythematodes immer negativ. Verdoppelten die Autoren die Serummenge, dann waren 13 Seren (= 29,5%),

Digitized by Google

verdreifachten sie dieselbe, sogar 17 Seren (= 38,6%) positiv. Bei banaler Hauttuberkulose und bei Tuberkuliden fand sich eine solche Steigerung bei weitem nicht. *Zurhelle* (Bonn).

Sitzung vom 9. Juni 1927.

Vorsitzende: *Sabouraud* und *Hudelo*.

Louste, Robert Cahen und *P. Vanbockstaël*, Zum Protokoll. Zur Vorstellung einer submentalen tuberkulösen Adenitis mit ulzerös-vegetierender Beteiligung der Haut.

Auf den Einwand von *Sabouraud*, daß Botryomykose vorliegen könne, wurde eine histologische Untersuchung vorgenommen, die einwandfrei tuberkulösen Bau ergab.

Civatte, Zum Protokoll. *C.* erwähnt zu seinem histologischen Bericht über Sarkom in der letzten Sitzung, daß *Runelsche Körperchen in Sarkomen* und *Epitheliomen* bereits 1920 von *E. v. Müller* in der Frankf. Ztschr. f. Pathol. beschrieben worden sind.

Sabouraud, Abschiedsrede (nach 2jährigem Vorsitz).

Hudelo, Begrüßungsrede bei Übernahme des Vorsitzes.

A. Sézary und *F. Benoist*, Bemerkenswerte Wirkung der Wismutbehandlung in zwei Fällen von Lupus erythematodes.

Die günstige Wirkung machte sich bereits nach der 2. bzw. 3. Injektion bemerkbar. Es handelte sich in beiden Fällen um frischere, seit einigen Monaten bestehende Erkrankungen.

Hudelo, Cailliau und *Mornet*, Lichen atrophicus (?) des rechten Beines bei einem 3jährigen Kinde in segmentärer Anordnung.

Die Affektion erstreckte sich vom Gesäß bis zu den (zweiten und dritten) Zehen.

Hudelo, Mornet und *Cailliau*, Glossitis mit leukoplakieähnlichen Plaques und bakterielle Epidermitis des Gesichtes bei zwei Brüdern mit kongenitaler Syphilis; Ähnlichkeit der Krankheitsform.

Hudelo, E. Garnier und *Cailliau*, Psoriatische Hyperkeratose mit Papillomatosis und Hautkörnern; Zungenveränderungen unbestimmter Art.

An Händen und Füßen war es durch die Psoriasis zu *papillomatösen* und *vegetierenden Veränderungen* seltener Form gekommen. Die Zunge zeigte leukoplakieähnliche Veränderungen.

Milian und *Lenormand*, Ausgedehntes Epitheliom.

67jähr. Pat. mit ausgedehnten ulzerierten Tumoren zu beiden Halsseiten (Stachelzellkarzinom). Zunge und Ösophagus frei. Auf Bestrahlung guter Rückgang.

Milian und *Lenormand*, Früher demonstrierter Fall. Vesikulös-ödematöse Erythrodermie; Beginn vor 8 Monaten, Heilung durch Exstirpation intraglutäaler Wismutknoten.

Ausführliche Beschreibung des Heilungsverlaufs.

Milian und *Delarue*, Elephantiasis der Vulva.

Starke Elephantiasis der rechten großen Schamlippe. 2 Jahre vorher rechtsseitiger Bubo, der chirurgisch entfernt wurde. Alte Lues; Wa.R. trotz Behandlung noch schwankend. Kein Anhalt für Ulcus molle oder Tuberkulose.

Digitized by Google

Milian und *Delarue*, Tuberkulöser Schanker bei einem Säugling.

Bei einem 7 Monate alten Kinde findet sich eine papillomatös gewucherte Infiltration am oberen Helixrande mit zugehöriger Drüsenschwellung vor dem Ohr. Meerschweinchenversuch positiv. Histologisch: Unspezifische Entzündung. Intradermale Tuberkulisreaktion stark positiv. Im übrigen Wohlbefinden und Fehlen jeglicher Tuberkulose.

Milian und *Lenormand*, Gemeinsames Vorkommen von Leukoplakie und Pigmentflecken auf der Mundschleimhaut.

37jähriger Algerier mit Pigmentierungen, die die Vortragenden für syphilitisch bedingt halten, während in der Aussprache *Jeanselme* und *André Léri* sie als Rassepigmentierungen auffassen.

Lotte, Ausgedehntes Angiom und Tumor der Arme bei einem Neugeborenen.

Ausgedehnte Tumorbildung am linken Oberarm.

Louste, Robert Cahen und *F. Vanbockstaël*, Schleimhautblutungen der Uterus- und Nasenschleimhaut nach drei Injektionen einer schwachen Novarsenobenzoldosis.

Ein 23jähriges Mädchen wurde mit 0,15, 0,3 sowie 0,45 Novarsenobenzol in 3tägigen Abständen wegen florider Syphilis II behandelt. Nach der letzten Injektion vorübergehende Übelkeit. Nach 5 Tagen 0,6 Novarsenobenzol nach vorheriger Injektion von 30 Tropfen Adrenalin 1:1000. Nach 4 Stunden schweres Unwohlsein. Nach Adrenalininjektion Besserung innerhalb einer halben Stunde. In den nächsten 3 Wochen schwerste Metrorrhagien und Nasenbluten. Keine Purpura.

Louste, Cailliau, Robert Cahen und *P. Vanbockstaël*, Purpura simplex mit chronischer Entwicklung an den Unterschenkeln.

18jähriges Mädchen. Beginn der Erkrankung vor 1½ Jahren.

Louste, Dupny-Dutemps und *Thibaut*, Lupus vulgaris des linken Oberlides und der linken Braue; chirurgische Entfernung mit Lappenbildung.

Verpflanzt wurde eine Stelle vom Oberschenkel.

Jeanselme und *Burnier*, Erythema annulare centrifugum.

Beschreibung und Abbildung eines ausgedehnten Falles von Erythema chronicum, migrans *(Lipschütz)* bzw. Érythème annulaire centrifuge oder Érythème papulo-circiné migrateur et chronique *(Darier)*.

Befallen war ein 14jähriger Junge seit 2 Monaten. Literaturangaben.

Burnia und *Rejsell*, Lichen nitidus.

Befallen waren Penis und Unterarme eines 24jährigen Mannes.

A. Sézary und *F. Benoist*, Schwere Erythrodermie nach einer einzigen Injektion von Jod-Chinin-Wismut.

Die Erythrodermie entwickelte sich bei einer 74jährigen Frau vom 4. bis 19. Tage nach der Injektion unter mehrtägigen hohem Fieber und klang dann ab.

Kitchewatz, Die lokale Herxheimersche Reaktion bei einem Fall von Vitiligo.

Verf. hatte Gelegenheit, einen Fall von Vitiligo von Anfang an zu beobachten, bei dem primär ein roseolaähnliches Erythem der sekundären Depigmentierung vorausging. Die geröteten Stellen zeigten deutliche Herxheimersche Reaktion.

Digitized by Google

Kitchewatz, Gonorrhöische Phlebitis der Vena saphena. Behandlung und Heilung durch Vakzineinjektionen in die kranke Vene.

Die (zwei) Vakzineinjektionen wurden in Serum verabreicht und durch Kompression 5—8 Minuten in der Vene belassen, wonach die Vakzine in den Kreislauf überging .

Ch. Audry, Behandlung der „Pityriasis versicolor".

Ch. Audry und *Vicu,* Lokale Anästhesie bei der Curettage des gonorrhöisch erkrankten Uterus.

Technische Einzelheiten über lokale Anästhesie bei Behandlung des Uterus mit Pilatation und Curettage.

L. Danel, Über einen Fall von Hidradenomen.

Zurhelle (Bonn).

Royal Society of Medicine, Section of Dermatology.

Sitzung vom 20. Oktober 1927 unter *Mac Leod's* Vorsitz.

The B. j. o. D. a. S. 1928, 1.

O'Donovan: Multiple Basalzellenkarzinome des Stammes infolge Röntgenbestrahlung. Der jetzt 50jährige Kranke hatte als Institutsdiener lange Jahre gewohnheitsgemäß den Studenten sein Herz am Röntgenschirm demonstriert. Vor 15 Jahren „psoriatische" Flecke am Sternum, die nach Radium mit Teleangiektasien heilten. Fingernägel dystrophisch. Über l. Skapula charakteristische Röntgendermatitis. Vor 5 Jahren zuerst Basalzellenkarzinom am r. unteren Augenlid. Seitdem der Röntgentätigkeit entzogen. Seit einem Jahr obiges Lidkarzinom rezidiviert und daneben 15 neue Läsionen von ½—2 cm im Durchmesser am Stamm, die erythematöse Basis und trockene Oberfläche aus gelblichen Schuppen zeigen. Die große Zahl der Ulcera rodentia nach Röntgen sei ungewöhnlich. *Adamson* glaubte früher, daß Basalzellenkarzinome embryonalen Ursprungs seien, während nach Röntgen nur Retikulärzellenkarzinome vorkämen, lasse jetzt aber seine Ansicht fallen, zumal aus Australien gleichfalls über Basalzellenkarzinome nach Dermatitis solaris berichtet würde. Gray will nicht an Röntgenursache glauben, da gerade die Gebiete der Röntgendermatitis frei von Karzinomen seien, es liege zufällige Koinzidenz vor. *Molesworth* (Australien) unterstreicht nochmals das häufige Vorkommen sowohl des Basal- wie des Retikulärzellenkarzinoms und beider zusammen beim gleichen Individuum nach chr. Sonnenbrand. Dabei soll vielleicht der geringere Sonnenbestrahlungsgrad für Basalzellenkarzinom verantwortlich sein, der größere für Retikulärkarzinom.

Weber: Chr. Pemphigus oder Dermatitis herpetiformis beim Kind. Seit 5 Monaten bestehend bei 7jährigem, sonst durchaus normalem Knaben. Viele Blasen auf intakter Haut. Kein Jucken. Inzwischen — mit Remissionen — ganzer Körper bedeckt von kreis- und girlandenförmig angeordneten Läsionen. Dabei immer noch auffallend wenig Jucken. Mund frei. Blut: Eosinophile anfangs 18% der weißen, zuletzt 22%. Einmal sogar 31%. Zweifellos gehöre der Fall zu *Gardiners* „Dermatitis herpetiformis der Kinder", die wohl besondere Form des Pemphigus bei Kindern bedeute. Schon das Fehlen von Jucken mahne zur Vorsicht. Man könne auch an Pemphigus circinatus denken oder Impetigo contagiosa circinata. *Whietfield* weist auf die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten hin zwischen Dermatitis herpeti-

Digitized by Google

formis und Impetigo circinata. Die hohe Eosinophilie aber mache im vorgestellten Fall Dermatitis herpetiformis sicher. *Mac Leod* entscheidet sich gleichfalls für D. h., trotzdem ihm eine Durchsicht aller ähnlichen Fälle seit 1914 zeige, wie selten bei Kindern gerade die D. h. vorkäme. *Adamson* hält alle Fälle von *Gardiners* „Dermatitis herpetiformis der Kinder" für Pemphigus. Wenn man die Kinder ins Bett stecke, würden sie gesund. Auch die Pemphigusprognose Erwachsener sei nicht so infaust, 20% heilten. Indessen sei Diagnose zwischen D. h. und Pemphigus in nicht extremen Fällen oft schwer. Fall gemäß Postscriptum spontan sehr gebessert. Beabsichtigter Heilversuch mit Plasmochin daher ausgesetzt.

Barber: Zwei Fälle von Folliculitis ulerythematosa reticulata (*Mac Kee* und *Parounagian*) zusammen mit Lichen spinulosus, Epidermalzysten und Folliculitis decalvans. Bruder und Schwester aus stark tuberkulöser Familie zeigen: 1. An Wangen und Schläfen follikuläre Grübchen. 2. Zahlreiche Epidermzysten. 3. An Gliedern und Stamm follikuläre Hornpfröpfe. 4. Ebendort follikuläre Atrophien, endigend in Vertiefungen. 5. Am behaarten Kopf die bekannten narbigen Atrophien. Somit zeigen die Haarschweißfollikel über ganzen Körper allerlei Arten von möglichen Läsionen wie: Hornpfröpfe, Lichen spinulosus, epidermale Zystenbildung, Atrophie mit Vertiefungen, kahle Kopfnarben. *Mac Leod* sieht jetzt in der Folliculitis ulerythematosa reticulata nicht mehr die Folge von multiplen Komedonen, sondern erkennt sie als kongenitale Zystenenartung an. *Adamson* sieht zwei gesonderte Komplexe: 1. Die siebförmigen Vertiefungen und die weitverbreiteten Knötchen mit Zysteninhalt (Mack Kees Krankheit) und 2. Lichen spinulosus zusammen mit Narbenalopezie, die ja schon als Gefährten beschrieben und wohl Abarten des Lichen planus seien. Lichen-planus-Knötchen schienen ja Arme bei genauem Hinsehen zu zeigen. *Whietfield* lehnt die Adamsonsche Klassifizierung ab und will eine kongenital abnorme Haut, der Ichthyosis entfernt verwandt, erkennen. *Sibley* hält die Folliculitis ulerythematom reticulata für durchaus nicht so selten. Man verwechsele die Narben oft mit den Relikten nach Acne. Bei genauer Anamnese aber sähe man die Follicul. ul. ret. in Lebensjahren auftreten, die vor der Acnezeit lägen, außerdem fehlten dann auch Komedonen.

Barber: Lichen planus früher als Lichen nitidus confluens vorgestellt. Seinerzeit war bei den flächigen Läsionen aufgefallen, daß in deren Nachbarschaft sich keine Einzelläsionen von L.-nitidus-Aussehen zeigten, weswegen Diagnose auf L. n. Bedenken erweckte. Wohl aber sah man damals feinste Einzelpapeln außerhalb der konfluierten Flecke, die L. pl. ähnelten. Jetzt überall deutliche L.-pl.-Knötchen. Demnach Lichen nitidus doch wohl nur Modifikation von L. pl. Auch *Gray* spricht sich für Identität beider Lichen aus.

Roxburgh: Zwei Fälle von Acrodermatitis perstans. Beide Fälle betreffen Frauen von 25 und 26 Jahren. Beide erweisen sich als milder und abortiver Typ (nach *Audry*). Befallen Hohlhände und Fußsohlen. Nägel intakt. Mikroorganismen, auch kulturell, nicht gefunden. Behandlung ohne Erfolg, gemäß Posteriptum soll aber schließlich Whites Teersalbe genützt haben.

Roxburgh: Epidermolysis bullosa. 32jähriges Dienstmädchen mit Blasen und ausgedehnten Narben seit Kindheit. Zwei jüngere Schwestern und ein Bruder sollen gleiches Leiden zeigen. Viele der bläulichen und weißen Narben tragen krustenbedeckte granulierende Flächen. Nägel mehr minder atrophisch respektiv fehlend. Fleckige Atrophien von Elfenbeinfarbe und wie Zigarettenpapier teils erhaben, teils vertieft, je nach Spannungszustand der Haut. Diesen

Digitized by Google

sollen keine Blasen voraufgegangen sein, sie waren auch nie rot oder geschwollen. Anfangs Eindruck wie syphilitische fleckige Atrophie. Lues aber ausgeschlossen. Mikroskopie zeigt bedeutende Verringerung elastischen Gewebes in Hautatrophien. Kranke kann durch Reiben auf Haut Blasen erzeugen, aber nicht immer. *Whietfield* hält Bullae für Artefakt, die Zehennägelatrophie zusammen mit den rautenförmigen Hautatrophien sprächen für Epidermolysis bullosa. *Adamson* entscheidet sich für artifizielle Bullae auf Basis angeborener Epid. bull. *Gray* wundert sich, daß Knie und Ellbogen nicht mit Blasen besetzt seien, wo doch durch Reiben die Blasen entstanden sein sollen.

Semon: Stark ausgeprägter Lp. vulg. des Gesichtes. Seit 15 Jahren bei 27jährigem Manne. Ulzerationen auf Wangen, Lippen und Mundschleimhäuten. Dazu starke Lymphangitiden mit Elephantiasis. Da Anblick zu entsetzlich, um mit andern Lp.-Fällen gemeinsam behandelt zu werden, Lichtbehandlung 16 Monate lang in Leysin mit überraschendem Erfolg, da Kranker bis auf geringste Residuen als geheilt anzusehen, nur Tränenkanal zeitweilig noch verstopft. *Heath* meint, auch in England könne man Orte finden für Sonnenbehandlung mit gleichem Erfolg. Im übrigen mißtraut er definitiver Heilung, wohingegen *Dorse* an Heilung glaubt.

Semon: Leukoplakia lingualis mit Souttarts Dampfkauterisation behandelt. 55jährige Frau mit vielen spezifischen Kuren seit 23 Jahren und dauernd positivem Wassermann. Vor 5 Monaten Koagulation verschiedener Leukoplakien, die jeder Behandlung bislang getrotzt hatten, mit Dampfkauterisation in Lokalanästhesie, darauf Wegkratzen der Trümmer mit scharfem Löffel bis auf die Muskeln. Heilung langsam, aber stetig. Keine Narbenkontraktion. Jetzt gesund bei voller Geschmackserhaltung.

Drake: Multiple Basalzellenkarzinome. Bei 81jährigem Manne auf Rücken, Armen, Abdomen und Schultern viele infiltrierte Flecke von Erbsen- bis Sixpencegröße. Einzelne rund, einzelne undeutlich oder figuriert. Farbe braun bis rötlichviolett. Oberfläche glatt oder keratotisch oder warzig. Nach Entfernung der warzigen Oberfläche stinkender Geruch und Bluten. Einzelne Flecke bestehen aus deutlichen Knötchen. Diagnose auf Ulc. rod. mikroskopisch gesichert. *Siegfried* (Aachen).

Nachruf.

Thomas Caspar Cilchrist starb am 14. November 1927 im Johns-Hopkins-Hospital in Baltimore nach kurzer Krankheit. In England ausgebildet, fand Verstorbener eine zweite Heimat in den Vereinigten Staaten und schon 10 Jahre nach seiner Übersiedelung dorthin wurde er auf Grund seiner Arbeit über Blastomykose zum klinischen Professor der Dermatologie an der Johns-Hopkins-Universität ernannt. *C.* war zweiter Präsident der Amerikanischen Dermatologischen Gesellschaft. Als Lehrer und Forscher hat er sich um die Dermatologie sehr verdient gemacht. Um ihn trauern Gattin und zwei Töchter.
Siegfried (Aachen).

Digitized by Google

Periodische Literatur.

Zusammengestellt von Dr. *Arthur Alexander* in Charlottenburg.

Syphilis.

Allgemeine Symptomatik. Kasuistik.

A. Feldmann, Bratzlawsky u. *Faingold:* **Zur Ätiologie und Pathogenese der juxtaartikulären Nodosität.** Russkij Westnik Dermatologii. 1926. Nr. 10,

Beobachtung von Nodositas juxta articularis bei zwei Personen. welche früher Syphilis gehabt hatten und bei denen die W.-R. stark positiv ausfiel. Histologisch handelte es sich um fibröse Gummen, welche unter spezifischer Behandlung schwanden. *A. Jordan.*

Sannicandro: **Juxta-artikuläre Knoten syphilitischer Natur.** Soc. pugliese d. soc. ital. d. Dermatol. 10. II. 1927. Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 887.

Der 60jährige Patient weist seit 10 Jahren an der Knie-, Ellenbogen- und Schultergelenken Knotenbildungen auf. Gleichzeitig Aortitis und positive W.-R. Die histologische Untersuchung eines Knotens ergibt: Vaskularisation und perivasale Infiltration, Degeneration und Homogenisierung der zentralen Partien; starke Bindegewebereaktion an der Peripherie. *S.* spricht sich für die syphilitische Natur der Affektion aus.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

G. Sannicandro: **Die juxta-artikulären Knotenbildungen Jeanselmes, Ätiologie, Klinik, pathologische Anatomie.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 5. S. 1418.

Eingehende Darstellung der Literatur der juxta-artikulären Knotenbildungen und Mitteilung einer eigenen Beobachtung: Der 48jährige Mann infizierte sich vor vielen Jahren syphilitisch und wurde nur spärlich behandelt. Vor 10 Jahren Auftreten eines harten indolenten beweglichen Tumors am linken Knie, dem weitere Knotenbildungen am rechten Kniegelenk, an den Ellenbogen, an der linken Schulter und am Gesäß folgten. Exzision eines Knoten vom Knie. Es finden sich zahlreiche, zum größten Teil aus Lymphozyten und Plasmazellen, zum geringeren Teile aus Leukozyten zusammengesetzte Herde. Diese Zellanhäufungen umgeben zahlreiche kleine Gefäße, von denen einige Schwellungen ihrer Endothelien und Wandverdickungen aufweisen; bei einigen Gefäßen ist es auf Grund der Gefäßwandveränderungen zu einem thrombotisch obliterierenden Prozesse gekommen. Besonders zahlreich sind diese gummösen Herde in den zentralen Teilen des Knotens. Es gelang nicht, Spirochäten in den Knoten nachzuweisen. Der Patient, dessen Blut nach Wassermann positiv reagierte, litt gleichzeitig an einer Aortitis.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Murray-Will: **Scleroderma and Syphilis.** The B. j. o. D. a. S. 1927. 5.

An Hand einer sehr genauen Kasuistik richtet Verf. die Aufmerksamkeit auf den oft übersehenen Zusammenhang beider obiger Krankheiten. 27jährige Jüdin, bei der vor 4 Jahren zuerst Schwellungen an Enkeln auftraten, später auch an anderen Stellen, bietet jetzt unzweifel-

Digitized by Google

hafte Sklerodermie. Sonst nichts Auffallendes. W.-R. aber positiv. Spezifische Behandlungen bessern jedesmal die sklerodermischen Flecke, so daß auch die Krallenstellung der Finger an den befallenen Händen recht befriedigende Heilfortschritte macht. Zur Unterstützung seiner Ansicht führt Verf. eine reiche Zahl ähnlicher veröffentlichter Fälle an, die zum Teil auf spezifische Miterkrankung innerer Drüsen hinweisen. Auch *Raynaud*, der ja der Sklerodermie sehr nahe steht und sehr oft mit ihr vergesellschaftet ist, ist zum mindesten als luesverdächtig anzusprechen, so daß man an eine antiluetische Kur dabei denken sollte. Dazu 22 Literaturen.

Siegfried-Aachen.

L. Markus: **Ein Fall von sarkoidähnlichem Syphilid.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Nr. 8.

Wieder eine Beobachtung von sarkoidähnlichen Gebilden, welche sich bei näherem Zusehen als atypische tertiäre Syphilide erwiesen und unter spezifischer Kur schwanden (55jährige Frau mit Lues ignorata).

A. Jordan.

Marchisio Lino: **Betrachtungen im Anschluß an einen Fall von tertiärem Phagedänismus.** Giorn. ital. di Dermatol. 1926. H. 6. S. 1563.

Marchisio teilt einen Haut- und Knochengewebe betreffenden Fall von tertiärem Phagedänismus vom Typus des Phagedänismus der Oberfläche und zentrifugaler Irradation auf die unteren Extremitäten und von Phagedänismus terebrans des Hirnschädels mit, den sehr gute Röntgenbilder verdeutlichen. Auf Grund der Literatur unterzieht er die von den verschiedenen Autoren geäußerten Ansichten über die Ätiologie und Pathogenese des syphilitischen Phagedänismus einer kritischen Betrachtung; er nimmt für diesen Phagedänismus eine strenge spezifische Grundlage an, da er auch bei so schweren Komplikationen sich in deutlicher Weise durch die modernen spezifischen Heilmittel beeinflussen läßt.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Poplawsky: **Ein Fall von spontaner Amputation des Penis bei einem Syphilitiker.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 7.

Vollständiger Verlust des Penis bei einem 29jährigen Elektrotechniker mit stark positiver W.-R., so daß Verf. die Ursache der Gangrän in einer Thrombose der durch den spezifischen Prozeß veränderten Penisgefäße ansieht. *A. Jordan.*

Gielmann: **Ein Fall von spontaner, vollständiger Amputation des Penis nach Gumma.** Russki Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 1.

Schmerzloser Abfall des Penis bei einem 38jährigen Mann infolge gummöser Ulzeration desselben. Der Urin wird, meist unwillkürlich, durch eine kaum sichtbare Öffnung in einer Narbe des Skrotums entleert.

A. Jordan.

Parfenenkoff: **Ein Fall von Syphilis II maligna.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 3.

Zu einer Zeit, wo die Fälle von Syphilis maligna selten sind, mutet der beschriebene Fall mit ausgebreitetem pustulösem Syphilid, Iridozyklitis und einer Panophtalmitis sin. im 3. Monat der Erkrankung eigen an.

A. Jordan.

Digitized by Google

Ch. Laurentier: **Klinische Erscheinungsformen der Syphilis bei negativer W.-R.** Ann. de derm. et de Syph. 1927. Nr. 4.

Verf. bespricht an Hand eigener Beobachtungen die seltenen Fälle von Syphilis II recens und recidivans sowie von Nervensyphilis mit negativem Ausfall der W.-R. *Zurhelle*-Bonn.

A. B. Selisky-Kiew: **Zur Histologie und Pathogenese der Syphilis psoriasiformis. Gleichzeitig ein Fall von außerordentlich generalisierter Syphilis psoriasiformis gravis.** Derm. Woch. 1926. Bd. 83. Nr. 52a.

Es wird ein Fall von einer luetischen Infektion bei einem 25jährigen Mann beschrieben, die ganz unter dem Bilde einer schweren pustulösen Psoriasis verläuft. Die histologische Untersuchung der Effloreszenzen ergab, daß neben hyperkeratotischen Hornlamellen nur geringe Parakeratose besteht. Zwischen die Hornlamellen sind an vielen Stellen Mikroabszesse eingesprengt. In der Kutis sind die Papillen verbreitert, es bestehen zahlreiche Infiltrationsherde, die aus Lymphozyten und Plasmazellen gebildet werden. Die Gefäße zeigen Endothelwucherungen. Trotzdem also die Haut bei einer Lues in psoriatischer Form reagierte, ließen sich in diesem Falle keine Zusammenhänge mit Psoriasis vulgaris feststellen. *Krüger*-Sagan.

Agronik: **Zur Frage des syphilitischen Ursprungs der Ichthyosis.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 4. (Russisch.)

Weder die eigenen Beobachtungen, noch eine kritische Betrachtung der Fälle aus der Literatur scheinen eine Abhängigkeit der Ichthyosis von Lues zu begründen. *A. Jordan.*

Dowling: **Syphilitic macular atrophy.** The B. j. o. D. a. S. 1927. 2.

Die bislang veröffentlichten obigen Fälle basieren teils auf vorausgehenden syphilitischen Roseolen, teils aber sollen sie unabhängig von solchen entstanden sein. Unser Fall gehört zur letzteren Gruppe. Der 44jährige Mann hatte seine Infektion vor 24 Jahren. Zur Zeit zeigt er außer einem gummösen Syphilid hauptsächlich am Stamm weit zerstreute linsenförmige Erhebungen parallel den normalen Hautfalten. Diese Tumoren sind teilweise weich und zusammendrückbar mit erweiterten Follikelöffnungen an Oberfläche und geschrumpfter Haut wie Zigarettenpapier. Die weicheren lassen sich in die Haut hineindrücken wie durch eine Hernienöffnung. Diese Tumoren treten zuerst unter der Form eines umschriebenen Ödems auf. Histologisch: Verflachen der Papillen, Verdünnung der Epidermis, allmählicher Verlust des elastischen Gewebes. Differentialdiagnostisch: Tuberkulose, Anetodermia erythematodes *(Jadassohn)* und multiple, benigne, tumorartige Geschwülste nach *Schweninger* und *Buzzi*. Verf. hält letztere Tumoren für identisch mit seinem Fall. Gegen *Jadassohns* Anetodermie spricht, daß hier die Tumoren nicht mit Ödem beginnen, daß sie hier nicht eine hypertrophische Vorstufe zeigen und daß sie hier lange Zeit rot bleiben, was alles bei des Verfassers Fall nicht vorlag. *Siegfried*-Aachen.

S. Pawlow: **Über den Einfluß des weichen Schankers auf den Verlauf der Syphilis.** Russki Westnik Dermatologii. 1927. Nr. 6.

In kurzer Zeit wurden an der Klinik von *Welikanow* in Leningrad drei Fälle von Syphilis mit ungemein langer erster Inkubation beobachtet

Digitized by Google

(4—7 Monate). In allen Fällen handelte es sich um Kombination mit Ulcera mollia, so daß letztere nach Verf. einen verlängernden Einfluß auf die Syphilis auszuüben scheinen. *A. Jordan.*

Mirokjantz: **Zur Frage der professionellen syphilitischen Infektion der Ammen.** Russki Westnik Dermatologii. 1927. Nr. 6.

Überall wird eine strenge Ammenuntersuchung verlangt, um das zu stillende Kind vor der Syphilis durch die Ammen zu schützen. Bei Durchsicht aller in der Literatur veröffentlichten Fälle von Brustdrüsenschankern, und wie die eigenen Beobachtungen des Verf. (2 Fälle) ergeben, daß in der Hälfte aller Fälle von Primäraffekten der Brustdrüsen derselben ein professioneller der Ammen ist, wobei Verf. für den Ammenschutz die Vorlegung eines Zeugnisses auch über die Gesundheit des zu stillenden Kindes fordert. *A. Jordan.*

Devojanz: **Ein Fall von zwei harten Scheidenschankern.** Venerologia und Dermatologia. 1927. Nr. 3.

Infolge eitrigen Ausflusses aus der Urethra, verbunden mit schmerzhaftem Urinieren, wandte sich eine 24jährige Schneiderin an den Verf., wobei sich bei der Scheidenuntersuchung zwei harte Schanker daselbst nachweisen ließen. Den seltenen Befund von Scheidenschankern führt Verf. auf die Schmerzlosigkeit derselben zurück. *A. Jordan.*

M. Wein: **Zur Frage der extragenitalen syphilitischen Infektionen.** Moskowski Medicinski Journal. 1927. Nr. 3.

Beschreibung von 13 extragenitalen Schankern, davon 10 bei Frauen, und 3 bei Männern. Es betrafen 7 die Mandeln, 3 die Oberlippe, je einer den weichen Gaumen, eine Wange und beide Lider. *A. Jordan.*

Kedrow: **Zur Kasuistik der extragenitalen harten Schanker.**

J. Lewin: **Zur Frage des syphilitischen Primäraffektes der Brustwarze.** Venerologia u. Dermatologia. 1926. Nr. 6.

Ersterer Autor berichtet über harte Schanker an den Fingern, auf der Zunge, der Wangenschleimhaut und dem behaarten Kopf; letzterer über drei Brustwarzenschanker. *A. Jordan.*

Krüger: **Beitrag zur Kasuistik atypischer, extragenitaler Primäraffekte.** M. K. 1927. 18.

Während Lues sicher abnimmt, nehmen obige Primäraffekte zu, was prompte Heilung wegen häufiger Fehldiagnose erschwert. Dazu fünf kurze Kasuistiken von angeblich: Furunkel, Hauttuberkulose am Ohrläppchen und Sykosis parasitaria. Auch bei seronegativen, extragenitalen vermutlichen luetischen Primäraffekten soll man nach 3—4 Salvarsangaben W.-R. machen lassen, die dann meist positiv ausfällt. *Siegfried*-Aachen.

Lapicheff: **Über den diagnostischen Wert der vergrößerten regionären Lymphdrüsen bei atypischen, Syphilis vortäuschenden Fällen von Gelenktuberkulose.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 5.

Auf Grund von 12 Beobachtungen unterstreicht Verf., daß das sogenannte Symptom von Gangolphe, d. h. die Vergrößerung der in der Nähe des affizierten Gelenkes gelegenen Lymphdrüsen in allen Fällen das einzige Zeichen bildete, welches ungeachtet der großen klinischen

Digitized by Google

Ähnlichkeit der Gelenkaffektion mit Syphilis in den genannten Fällen auf Tuberkulose hinwies und andere Gründe für diese Vermutung zu suchen zwang. *A. Jordan.*

Hoffmann-Bonn: **Über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse über Leicheninfektion mit Syphilis.** D. m. W. 1927. Nr. 36.

Von 38 Fällen, welche durch Rundfragen gesammelt wurden, konnten 20 als sichere, 14 als mögliche oder wahrscheinliche Leicheninfektionen mit Syphilis angesehen werden, während 4 ohne genügend nachprüfbare Angaben gemeldet wurden. Die Infektion erfolgte meist bei der Sektion von Leichen kongenitalsyphilitischer Kinder, seltener von Erwachsenen, welche an kondylomatöser Syphilis, Hirnsyphilis oder Paralyse litten. Bei den 20 sicheren Fällen saß der Primäraffekt meist an den Fingern, einmal im Halse. Der Verlauf der Erkrankung war öfters schwer (L. maligna, Hirnsyphilis), der bewußt oder unbewußt verschuldeten Verspätung in der Diagnosestellung entsprechend. Aus klinischen Beobachtungen und Tierversuchen geht hervor, daß Leicheninfektionen mit Syphilis auch noch später als innerhalb der ersten 24 Stunden post mortem erfolgen können. Die Seltenheit derartiger Infektionen wird auf eine mögliche Aktivitätsabschwächung der Spirochäte bei ihrem Aufenthalt in der Leiche zurückgeführt. *O. Dittrich*-Kiel.

Brunetti Belice: **Dritte syphilitische Infektion.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 4. S. 1261.

Den bisher veröffentlichten 6 Fällen von zweiter syphilitischer Reinfektion bei demselben Individuum (Fällen von *Bais*, 2 Fälle, *Porrel*, *Oltramare*, *Hect* und *Ivanoff*) reiht *Brunetti* seinen Fall als siebente Beobachtung an. Zwischen der ersten und zweiten Infektion lagen 12 Monate, zwischen der zweiten und dritten 25 Monate. Der Patient wurde bei jeder Infektion in der vorgerückten sekundären Periode geheilt, und zwar ausschließlich mit intravenösen Arsenobenzolkuren (Novarsenobenzol und Neargirol); die Heilung der ersten und zweiten Infektion erfolgte sowohl klinisch wie serologisch.

Der Fall erfüllte folgende elf Bedingungen, um als authentisch zu gelten: 1. Sicherheit der ersten und zweiten Infektion sowohl durch das klinische Aussehen der Krankheitsherde, wie durch den Verlauf und die bakteriologischen und serologischen Untersuchungen. 2. Intensive Arsenobenzolkuren zwischen den beiden ersten und der dritten Infektion. 3. Fehlen jeder klinischen und serologischen Erscheinungen während zweier Jahre zwischen der zweiten und dritten Infektion. 4. Neuer infektiöser Verkehr mit einer sicher syphilitischen Frau. 5. Regelmäßige Inkubationszeit zwischen den Infektionen und dem Auftreten der Primäraffekte. 6. Typische Charaktere der Primäraffekte (doppelseitige Leistendrüsenvergrößerungen usw.). 7. Positiver Spirochätenbefund im Primäraffekt. 8. Wassermann schwach positiv, nach und nach stark positiv werdend. 9. Auftreten typischer Sekundärerscheinungen nach einer regelmäßigen Inkubationszeit. 10. Progressive Entwicklung der sekundären Erscheinungen, welche 11. schnell nach spezifischer Behandlung heilen.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Piccardi: **27. Fall von Reinfectio syphilitica.** Sez. piemontese d. soc. ital. d. Dermatol. 5. IV. 1927. Giorn. ital. di Dermatol. 1927. S. 1057.

Digitized by Google

Die Häufigkeit der syphilitischen Reinfektion nach Einführung des Salvarsans beleuchtet folgende Beobachtung, die 27. des Verfassers: Der Patient infizierte sich 1921 und wurde in fortgeschrittener sekundärer Periode mit zwei Neosalvarsankuren behandelt. 1925 Wassermann negativ, 1927 typischer Primäraffekt, 6 Tage nach dem letzten Beischlaf entstanden, mit regionärer Lymphdrüsenschwellung. Der Primäraffekt bestand 14 Tage; Wassermann stark positiv. 40 Tage später Roseola.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Lass: **Ein Fall von syphilitischer Reinfektion.** Wratschebnoje Delo. 1927. Nr. 2.

Kedroff: **Zur Kasuistik der Re- und Superinfektion.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 1.

Ersterer Autor berichtet über einen Fall von Reinfektio syph. seit bereits nach ½ Jahr, wobei aber leider die erste Infektion nicht von ihm beobachtet wurde (Anm. des Ref.); letzterer über einen solchen nach 2 Jahren. In zwei weiteren Fällen spricht sich letzterer Autor für Superinfektion aus, weil die Erscheinungen frischer Lues bei Vorhandensein von Zeichen der alten Lues auftraten (Narben, Perforatio septi nasi usw.). *A. Jordan.*

Sielberg: **Ein Fall von Ulcus molle, welches einen harten Schanker vortäuschte. (Ulc. moll. infundibuliforme.)** Russki Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 5.

Seltene Beobachtung eines, im S. coronarius gelegenen, trichterförmigen Ulcus molle (Nachweis von Streptobazillen *Ducrey*), welches stark an einen harten Schanker erinnerte. *A. Jordan.*

Cartia Bartolomeo: **Beitrag zum bakteriologischen Studium der Ulcera mollia.** Giorn. ital. di Dermatol. 1926. H. 6. S. 1577.

Bei Kultivierungsversuchen des Streptobazillus *Ducreys* durch Überimpfung des Materiales von Autoinokulationsulzeris auf Kaninchenblutagar konnte *Cartia* einen Keim isolieren, welcher sich hierbei morphologisch, kulturell und färberisch anders verhielt wie der *Ducrey*sche Bazillus, mit welchem es aber möglich war, experimentell beim Menschen eine ulzeröse Veränderung vom Typus des Ulcus molle hervorzurufen.

Dieser Keim fand sich häufig im Eiter von Autoinokulationsulzeris, besonders in solchen von destruktivem Typus; aus diesen ließ er sich leicht isolieren und auf allen gewöhnlichen Nährböden züchten. Er fand sich auch fast rein im Eiter der experimentell erzeugten Ulzera, aus denen er sich von neuem kultivieren ließ.

Nach Darstellung der bei der Isolierung angewandten Technik beschreibt *Carti* seine morphologischen und färberischen Charaktere in ihren Differenzen gegenüber dem *Ducrey*schen Bazillus: Fehlen der Anordnung in langen Ketten, Grampositivität, Möglichkeit der Züchtung auf den gewöhnlichen Nährböden. Der Autor versuchte auch von diesem Keim ein Antigen für die Intradermoreaktion und eine Vakzine für die Behandlung der Ulcera mollia herzustellen, aber die bisher erzielten Resultate berechtigen noch nicht zu weiteren Schlüssen. Er nimmt an, daß dieser Keim doch eine Bedeutung für die Pathogenese der Ulcera mollia besitzt, sei es, daß er die Virulenz des *Ducrey*schen Bazillus steigert, sei es, daß er direkt Ulzera hervorrufen kann. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Digitized by Google

Pollano: **Tabes dorsalis juvenilis nach Syphilis congenita.** Sez. piemontese d. soc. ital. d. Dermatol. 8. III. 1927. Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 885.

Die Mutter der 15jährigen Patientin, klinisch symptomfrei, hat positiven Wassermann. Die Patientin weist folgende Erscheinungen auf: Anisokorie, Atrophie der N. VIII, Westphal, Argyl-Robertson, Andeutung von Romberg; Blut- und Lumbalpunktatwassermann stark positiv.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

H. Behdjet-Konstantinopel: **Recklinghausensche Krankheit und kongenitale Syphilis.** Derm. Woch. 1927. Bd. 84. Nr. 4.

Es werden zwei Fälle beschrieben, bei denen neben typischen Symptomen der Recklinghausenschen Krankheit gleichfalls eine kongenitale Lues besteht. Diese Tatsachen werden nur mitgeteilt, ohne daß vorläufig weitere Schlüsse daraus gezogen werden. *Krüger*-Sagan.

Ironside: **Von Recklinghausens disease and congenital Syphilis. (Fall von Recklinghausen, zusammen mit angeborener Syphilis.)** The B. j. of ven. dis. 1926. 7.

Auch Recklinghausen ist ererbt vom vorgestellten 10jährigen Mädchen. Zur Zeit nach spezifischer Behandlung W.-R. auch im Liquor negativ. Recklinghausen in vierter Aszendenz mütterlicherseits noch nachweisbar. Bald waren typische festansitzende oder gestielte lila- und kaffeebraune Tumoren in Ahnenreihe, bald Kaffeeflecke, wie bei Mutter. Vorgestellte (wie ihre Schwester) Abortivform mit wenigen braunen Flecken und Knoten. Zirbeldrüse vergrößert ebenso wie Zuckertoleranz. Augenhintergrund Ödem der Papille mit Übergang in Atrophie. Schwester bei Autopsie Zirbeldrüsenzyste. Fall interessant wegen Abgrenzung beider Krankheiten, weil nicht ganz klar, welche Komponenten jeder der beiden Krankheiten hier zukommen. *Siegfried*-Aachen.

W. H. Guy: **Interstitial Keratitis in Congenital Syphilis. (Keratitis parenchymatosa bei Lues congenita.)** Pittsburgh. Journ. Am. med. Ass. 1926. Nr. 19.

In einer statistischen Abhandlung werden die Fälle von Keratitis parenchymatosa besprochen, die in der Freisprechstunde der Universität Pittsburgh zur Behandlung kamen. Bei 2536 Patienten konnte die Diagnose Lues gestellt werden. Hiervon wiesen 160 Fälle eine Keratitis parenchymatosa auf, und zwar handelte es sich hierbei 150mal um Lues congenita und 7mal um sekundäre bzw. um tertiäre Syphilide. In drei Fällen war die Diagnose unsicher. Verf. verwirft die Ansicht von *Spicer*, daß das weibliche Geschlecht wegen Schwangerschaft bzw. wegen Laktation zu Keratitis parenchymatosa prädisponiert ist. Eher ist ein Trauma als auslösendes Moment bei der Erkrankung anzusehen. In sechs Fällen von K.P. konnte ein Fremdkörper in der Kornea festgestellt werden. Es folgen Therapievorschläge. *Röntz*-Bonn.

George H. Belote: **Pregnancy and Neurosyphilis. (Schwangerschaft und Neurosyphilis.)** Journal of the American Medical Association, Bd. 89. Nr. 4. S. 268.

Die Untersuchung an dem Material der Universitätskliniken Ann Arbor von den letzten 5 Jahren (ca. 1000 Fälle) zeigte, daß die Erkrankung des

Digitized by Google

Zentralnervensystems bei Frühsyphilis bei Frauen und Männern gleichmäßig häufig vorkommt. Das Geschlecht an und für sich scheint kein Faktor zu sein, der einen Einfluß auf die Erkrankung des Zentralnervensystems hat. Jedoch war bei schwangeren Frauen der Prozentsatz der Erkrankung des Zentralnervensystems höher als bei Nichtschwangeren und Nulliparen. Bei Spätsyphilis ist der Prozentsatz bei schwangeren und nulliparen Frauen praktisch derselbe. Schwangerschaft scheint neurosyphilitische Späterkrankungen nicht zu verhindern. *Memmesheimer*-Bonn.

Golomb: **Über einen Fall von universellem Infantilismus und Diabetes insipidus infolge von Erblues.** Veneralogia u. Dermatologia. 1927. Nr. 6.

18jähriger Knabe, welcher in jeder Hinsicht den Eindruck eines 10—12jährigen Knaben machte. Der Diabetes insipidus hat sich vor 2 Jahren eingestellt. *A. Jordan.*

Karl Sollgruber: **Osteoperiostitis tibialis — ein häufiges klinisches Symptom der Säuglingslues.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 10.

Die Osteoperiostitis tibialis unter dem Bilde einer spindligen Auftreibung der Tibia oder durch höckerige Beschaffenheit der Tibia erkennbar, ist nach Beobachtungen des Verfassers ein nicht seltenes, und oft das einzige Symptom einer Lues congenita beim Säugling.

Weinstock-Charlottenburg.

Buschke u. *Gumpert:* **Kongenitale Lues.** Kl. W. 1927. Nr. 6. S. 263.

Verf. präzisieren die augenblickliche Stellung der heutigen Wissenschaft von kongenitaler Lues dahin, daß als wirksamste Maßnahme die prophylaktische Behandlung der syphilitischen Mutter allgemein anerkannt wird, daß diese Behandlung so intensiv als möglich gestaltet wird, und daß die Syphilis nicht prinzipiell als Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft angesehen wird. Die Behandlung der kongenital luetischen Kinder soll jahrelang und intensiv betrieben werden unter souveräner Bevorzugung des Salvarsans. Die Erfolge dieser eingreifenden Behandlung quoad vitam und Intellekt werden allgemein als sehr günstig bezeichnet und nur in bezug auf spezielle Fragen, wie der Bevorzugung der klinischen oder der ambulanten Behandlung, die Bewertung der Seroreaktionen usw. scheinen die Auffassungen in größerem Umfange geteilt zu sein. *Hans Ritter*-Berlin.

Rachmanow: **Kann das Tuberculum Carabelli als ein Zeichen von kongenitaler Syphilis angesehen werden?** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 9.

Das Tuberculum Carabelli fand sich nur in 5 unter 78 Fällen von sicherer Erbsyphilis und dagegen bei 66 Personen, bei denen weder klinisch, noch anamnestisch irgendwelche Hinweise auf Syphilis vorlagen, und endlich bei 7 Personen mit erworbener Syphilis. Wenn es auch anscheinend etwas öfter in Verbindung mit vererbter Syphilis vorkommt, so kann es doch, ohne andere Symptome, nicht zum Beweis einer kongenitalen Syphilis dienen. *A. Jordan.*

Schirwindt: **Seltener Fall von Erbsyphilis.** Sammlung verschiedener Arbeiten zum Gedächtnis an Prof. *Fediosky*. Moskau 1927.

Einziges Symptom der Erbsyphilis, bestehend bei dem 2monatigen Kinde in Ostitis und Periostitis der Vorderarme und Unterschenkel. W.-R. negativ, günstiger Erfolg durch spezifische Kur. *A. Jordan.*

Digitized by Google

Burke: **Congenital Syphilis.** The B. j. o. ven. dis. 1926. 6.

Das Wort „hereditär" lehnt Verf. für sogenannte angeborene Syphilis ab. „Hereditär" kann nur eine erbliche Mitgift genannt werden, die in der elterlichen Keimanlage selbst überkommen ist. Auch „hereditäre" Lues ist erworben, allerdings schon im frühesten embryonalen Alter, so daß das Kind als „saturierte Lösung von Syphilis" zur Welt kommt, was den Zustand natürlich wesentlich verschlimmert im Gegensatz zur erworbenen kindlichen Syphilis, die leichter zu bekämpfen bleibt. Bei jeder Schwangerschaft sollte man, wie den Urin, auch das Blut der Eltern auf Lues untersuchen, erst dann bestände Aussicht, die 30000 jährlichen Früh- und Totgeburten Englands ungeschehen zu machen. Die Schlußfolgerungen einer kürzlich erschienenen Publikation in dieser Materie, betitelt: „Mütterliche Syphilis als Todesursache von Fötus und Neugeborenen", herausgegeben vom Staatlichen Medizinischen Untersuchungsinstitut, lehnt Verf. ab und stellt dafür vier eigene Forderungen auf, die sich je nach dem Ausfall der W.-R. der Eltern mit der Frage beschäftigen, wann man die Mutter schon während der Gravidität und wann man das Kind behandeln soll, ohne daß äußerlich Lues nachzuweisen ist. Weiter wird eine Aufzählung von körperlichen Anormalitäten gegeben, die beim Kinde luesverdächtig sind. Endlich Therapie, die 5 Jahre etwa dauern soll und mehr auf Hg und Bi sich beschränken soll, als zum Salvarsan greifen. 9 Literaturen. *Siegfried*-Aachen.

Fischl: **Die experimentelle Erzeugung kongenitaler Syphilis, bisherige Erfahrungen und eigene Versuche.** M. K. 1926. 49 und 50.

In 49 und zur Hälfte auch in 50 gibt Verf. ein Sammelreferat über die bisherigen Versuche und ihre Autoren, seine eigenen neuen Ergebnisse sind eingestandenermaßen zur Zeit noch dürftig, und weiteres bleibt der Zukunft vorbehalten. Ihm erwies sich das Blut von Profetakindern als unwirksam gegenüber Spirochäten, denn weder deren Beweglichkeit nahm ab, noch zeigten sich Spuren von Agglutination. Die Infektiosität des von kongenital-luetischen Kindern stammenden Materials erwies sich im Tierversuch als minder stark denn das von Erwachsenen oder das von infizierten Tieren. Auch Material von Primäraffekten und Kondylomen von Erwachsenen ergab recht unsichere Ergebnisse, erst Nicholstamm nach zahlreichen Tierpassagen war brauchbar. Verf. infizierte den Kaninchenbock oder das Weibchen, schließlich auch beide, und brachte sie hinterher zur Paarung. Nach seinen Erfahrungen ist die experimentelle Kaninchenlues eine konstitutionelle. 5 Junge eines Wurfes von 8 Tieren luetischer Eltern verhielten sich späteren Impfversuchen gegenüber positiv und sonst auch genau so wie die Kontrollen. In den Totgeburten ließen sich keine Spirochäten nachweisen, womit aber noch nicht das letzte Wort in dieser Frage gesprochen sein soll. *Siegfried*-Aachen.

E. Levin u. *W. Schmalz*-Berlin-Neukölln: **Ist der Mangel des Processus xiphoideus (Axiphoidie) für die Diagnose der kongenitalen Syphilis zu verwerten?** Derm. Woch. 1926. Bd. 83. Nr. 51.

Von dem Franzosen *Queyrat* ist erstmalig das Fehlen des Processus xiphoides als eine bei kongenitaler Syphilis häufige und wichtige Mißbildung beschrieben worden, und er hat mehrere Fälle, die auch andere typische kongenitalsyphilitische Stigmata aufwiesen, in der Pariser Der-

Digitized by Google

matologischen Gesellschaft vorgestellt. Bei der Untersuchung von 272 Pat. auf dieses Merkmal stellte sich heraus, daß bei kongenital Syphilitischen in 13,3 % und bei Personen ohne Syphilis in 22,2 % der Fälle der Processus xiphoides nicht nachweisbar war.

Nach den Ergebnissen ist also wohl kaum in der Axiphoidie ein einigermaßen sicheres Symptom für kongenitale Syphilis zu erblicken.

Krüger-Sagan.

Goldhurst: **Unrecognized cases of congenital Syphilis. (Unerkannte Fälle von kongenitaler Lues.)** The B. j. o. D. a. S. 1927. 2.

Verf. richtet die Aufmerksamkeit darauf, daß oft luetischer Untergrund bei vielen andersscheinenden Leiden der Kinder übersehen wird, daß so eine häufige Fehlerquelle sich breitmacht in der Beurteilung des Erfolges antiluetischer Behandlung der graviden Mütter. Unter 2000 Fällen des *Queen Mary*schen Kinderhospitals in Carshalton waren 60 % tuberkulös. Innerhalb von 3 Jahren fanden sich nach W.-R. unter dieser Zahl 27 kaschierte Luesfälle, die alle demnach schnell gebessert werden konnten bzw. geheilt. Die beigegebene Liste dieser 27 Kinder umfaßt als Aufnahmediagnose außer den verschiedensten tuberkulösen Leiden noch Poliomyelitis, angeborenes Fehlen eines Beines, Anämie und verzögerte geistige Entwicklung.

Siegfried-Aachen.

B. Heft: **Syphilis und Gravidität.** Russki Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 1.

Über den Ausgang der Gravidität bei syphilitischen Schwangeren gibt folgende Tabelle wertvolle Daten:

Ausgang der Schwangerschaft	bei Unbehandelten	bei Behandelten während der Gravidität		bei Behandelten vor der Gravidität		bei Behandelten vor u. während der Gravidität	
		mit Hg	kombiniert	mit Hg	kombiniert	mit Hg	kombiniert
Abort	36 (10,5 %)	8 (8,5 %)	5 (7 %)	4 (14,3 %)	—	7 (12,3 %)	1 (3 %)
Tot- und Frühgeburten	102 (30 %)	30 (31,9 %)	7 (10 %)	10 (35,6 %)	2 (28,6 %)	14 (24,5 %)	—
Kranke Kinder im Laufe d. 1. Jahres	105 (30,5 %)	23 (25 %)	8 (11,2 %)	6 (21,5 %)	3 (43 %)	15 (26,3 %)	2 (6 %)
Kranke, aber lebende Kinder . . .	59 (17 %)	5 (5,1 %)	10 (14 %)	2 (7,1 %)	1 (14,2 %)	3 (5,3 %)	4 (12 %)
Anscheinend gesunde Kinder . .	42 (12 %)	29 (29,5 %)	41 (57,8 %)	6 (21,5 %)	1 (14,2 %)	18 (31,6 %)	26 (79 %)
	344 (100 %)	94 (100 %)	71 (100 %)	28 (100 %)	7 (100 %)	57 (100 %)	33 (100 %)

A. Jordan.

Jellin: **Die frühzeitige Erbsyphilis nach dem Material der Kasaner geburtshilflichen Klinik in der Zeit von 1900 bis 1926.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 1.

In 19,7 % der Fälle deutete der hohe Gewichtskoeffizient der Plazenta, trotzdem sich bei den ausgetragenen Kindern gar keine Zeichen von Lues

Digitized by Google

fanden und auch die Anamnese negativ war, auf Syphilis der Neugeborenen hin, zumal bei den nicht ausgetragenen Kindern der Gewichtskoeffizient der Plazenta in 62,2 % hoch war. In 1,9 % aller Geburten mußte, allein aus den klinischen Zeichen, bei den Neugeborenen Lues diagnostiziert werden. *A. Jordan.*

Syphilis.

Therapie.

H. Merz-Basel: **Persönliche Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten.** Derm. Woch. 1927. Bd. 84. Nr. 1.

Verf. bestätigt die günstigen Erfolge mit Chinin-Quecksilbersalzen zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten und betont, daß er bereits im Jahre 1923 dieselben nach eingehender Prüfung zu diesem Zwecke vorgeschlagen habe. Zu beachten ist dabei, daß die Haltbarkeit der Chinin-Quecksilbersalze nicht unbegrenzt ist, und daß infolgedessen bei älteren Packungen oder zu langer Aufbewahrung mal Versager vorkommen können. Gelegentlich werden auch Reizerscheinungen in Form von ödematösen Schwellungen des Präputiums und Urethritiden beobachtet.

Krüger-Sagan.

Krom u. *Saltzmann:* **Die Bedeutung des venerologischen Dispensaires für die Bekämpfung der Prostitution.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 6.

Von den Prostituierten Smolensks gelang es dem venerologischen Dispensär, 80 % zur Untersuchung, Aufklärung und Behandlung heranzuziehen. Das ist von großer Bedeutung geworden und trägt bereits seine Früchte, da sich von den Prostituierten nur 0,7 % als gesund erwiesen, 47,5 % hatten Gonorrhöe, 7,7 % Syphilis, 44,1 % gleichzeitig beide Krankheiten. Das Venerologische Dispensär sucht auch den Prostituierten durch Arbeitsangebot und Subventionen zu helfen. *A. Jordan.*

M. Wein: **Zu den Resultaten einjähriger Arbeit des 4. ven. Dispensaires in Moskau.** Moskowskij Medicinskij Journal. 1927. Nr. 7.

Abgesehen von der Behandlung und Heranziehung der venerischen Kranken selbst, besteht die Aufgabe dieses wie der übrigen Dispensärs, in der Untersuchung ihrer Familienangehörigen und der Aufklärung über venerische Krankheiten. Es zeigte sich, daß nur 27 % der Frauen bis dahin etwas von venerischen Krankheiten gehört hatten, während von den Männern 80 % bereits aufgeklärt waren. Von 1828 Angehörigen der Kranken, welche auf Aufforderung zur Untersuchung kamen, erwiesen sich 825, d. h. 74 %, krank, darunter 324 latent syphilitisch. *A. Jordan.*

Marriage and Syphilis. (Heirat und Syphilis.) The B. j. o. ven. dis. 1926. 8. 1. *Lacapère.* 2. *Jewesbury.* 3. Diskussion.

1. *Lacapère:* Verf. behandelt seine verschiedenen Behandlungsarten der Syphilis je nach dem serologischen Zustand, wobei er die tertiäre Form wieder in sechs Unterabteilungen trennt, jede mit besonderer Behandlungsart. Dann behandelt er weiter einzeln die verschiedenen Möglichkeiten des syphilitischen Verhaltens von Ehekandidaten und auch die luetischen Möglichkeiten von Mutter zum werdenden und geborenen Kinde. Grundsätzlich soll vor Eheschluß negativer Wassermann erzwungen werden, sonst Eheverweigerung. *Siegfried*-Aachen.

Digitized by Google

2. *Jewesbury:* Statistik von 200 syphilitischen Kindern und weiteren 200 von syphilitischen Frauen, die aber während Gravidität spezifische Behandlung hatten. Von kongenitalen Kindern kamen bei einer Gruppe von 84 42 Kinder auf Augenleiden. Verhältnismäßig oft kommen auch Beinschmerzen vor (Periostitis tibialis), 5 Fälle. Wenn man die kongenitalen 200 Kinder in drei Gruppen teilt, 1. bis 1 Jahr, 2. von 1—6 Jahren, 3. von 6—14 Jahren, dann bemerkt man in Gruppe 1 Rhinitis 47mal, vergrößerte Milz 46mal und vergrößerte Leber 30mal. In Gruppe 3 dagegen Keratitis interstitialis 44mal. Die luetischen Stigmata, deren 47 in den drei Gruppen kontrolliert wurden, zeigen demnach in verschiedenen Lebensaltern verschiedene Häufungen. W.-R. war bei 192 untersuchten Fällen in 164 positiv, wobei sich ergab, daß die meisten positiven Ergebnisse in der dritten Gruppe erst sich fanden (6—14 Jahre). Behandlung durchschnittlich 12 Monate mit dem Erfolg, daß W.-R. in 84 Fällen negativ wurde, 33 wurden nicht beeinflußt.

Verdächtige Kinder von eines der Eltern mit Lues (Vater 50 Fälle, Mutter 196 Fälle) wurden von einer Woche bis über ein Jahr Lebensalter kontrolliert, keins dieser Kinder zeigte klinisch noch serologisch Luessymptome. *Siegfried*-Aachen.

3. Diskussion: *Sequeira* berichtet, daß bei 2000 Erstgebärenden W.-R. nur 2% positive Ergebnisse gehabt habe. Demnach kämen in ersten Ehejahren nur wenig Übertragungen vor, desto mehr aber wohl später, was spätere Häufung der Früh- und Totgeburten vermuten lasse. Dagegen hat *Palmer* unter 2010 Primiparis 21 positive Fälle gefunden. Neun untersuchte Ehemänner dieser waren W.-R. negativ, die übrigen verweigerten Serountersuchung. Nur zwei Kinder waren positiv. *Bayly* warnt vor zu großer Ängstlichkeit des Arztes beim Erteilen des Ehekonsenses; es käme nur an auf das Verhältnis an Gefahren, das nach eben Mitgeteiltem doch wesentlich übertrieben werde. Wenn man alle und jede Gefahr vor Ehe eliminieren wolle, dann käme überhaupt keine Ehe mehr zustande, und schließlich ist die Ehe ja auch nicht als Garantieschein gegen jede Krankheitsmöglichkeit aufzufassen. Da Erfahrung lehre, daß bei gewissenhafter Behandlung vor Ehe und bei Gravidität die Gefahr für die Kinder doch nur recht gering sei, brauche man nicht so weit zu gehen wie *Lacapère*, der jedes Risiko vor Eheschließung erst ausgeschaltet haben wolle. *Mac Cormac* schließt sich Vorredner an, aber nur für den Ehegatten, die Frau dagegen bedürfe größerer Sorgfalt. Demgegenüber weist *Lacapère* nochmals auf den Standpunkt der Franz. Gesellschaft zum Studium der Geschlechtskrankheiten hin, daß der Mann, wenn er trotz gewissenhafter Behandlung seropositiv blieb, nicht vor 12 Jahren heiraten dürfe, die dauernd seropositive Frau aber überhaupt nicht. *Siegfried*-Aachen.

Marriage and Syphilis. (Heirat und Syphilis.) The B. j. o. ven. dis. 1926. 7. 1. *Riddoch*, 2. *Panton*, 3. Diskussion.

1. *Riddoch:* Als Neurologe meint er, daß jeder Luetiker, wenn sein Leiden mal generalisiert war, für sein ganzes Leben der Behandlung bedürfe, sonst könne man für nichts garantieren bezüglich Ehe oder Spätfolgen. Nicht so schlimm ist Lues, die nie seropositiv wurde. Jede eindeutige Antwort auf obige, sicher jeden Dermatologen bewegenden Fragen kann natürlich auch Verf. nichts geben und versucht es auch nicht.

Digitized by Google

2. *Panton:* Auch kein Tertiärluetiker darf trotz negativem Wassermann heiraten. Auch weiter kommt dieser Beitrag nur auf Negatives heraus. Er ziehe es vor, den Heiratskonsens beim Allgemeinpraktiker beantragen zu lassen.

3. Sehr richtig bemerkt zu Beginn der Diskussion der Vorsitzende *Fox*, daß das hier vorgebrachte Rätselraten ihm fast zum Dazwischenfahren genötigt hätte. Auch die weitere Diskussion bringt unsere Frage um keinen Schritt weiter. *Siegfried.*

Maccari, F.: **Die spezifische Vakzinetherapie bei Ulcera mollia und ihren Komplikationen.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 379.

Nach den Erfahrungen von *Maccari* scheint die *Nicoll*sche Vakzine den sonstigen lokalen und allgemeinen nicht spezifischen Mitteln überlegen zu sein. Wahrscheinlich kommen bei ihrer Wirkung verschiedene Heilfaktoren in Betracht: ein thermischer, ein heteroproteinischer und ein spezifischer. Doch dürfte die Behandlung sich kaum zur Allgemeinbehandlung empfehlen, da die einfachen Ulcera mollia sich gut durch örtliche Behandlung beeinflussen lassen und es nicht berechtigt wäre, den Körper heftigen Allgemeinreaktionen auszusetzen. Dagegen kommt die Behandlung für Lymphadenitiden und phagedänische Prozesse in Betracht.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Maggiulli: **Die Intradermobehandlung der venerischen Adenitiden und Ulcera mittels der Nicollschen Vakzine.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 377.

Maggiulli, der zuerst die *Nicoll*sche Vakzine intravenös verwendete, ist wegen der schweren Allgemeinerscheinungen zu der Intradermobehandlung übergegangen. Nach seinen Erfahrungen hat die letztere Behandlungsform wegen des Fehlens der Nebenerscheinungen Vorzüge vor der intravenösen Behandlung. Je nach der Art der Fälle variierte die Zahl der notwendigen Intradermoinokulationen. Im allgemeinen trat die heilende Wirkung schon nach der dritten, höchstens nach der fünften Applikation auf; war sie dann nicht deutlich erkennbar, so ergaben auch weitere Injektionen keine besseren Resultate. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Di Vittorio Amedeo: **Die Vakzinebehandlung der Ulcera mollia.** Giorn. ital. di Dermatol. 1926. H. 6. S. 1588.

Nach einem Bericht über die verschiedenen Versuche mit der Serum- und Vakzinebehandlung der Ulcera mollia teilt der Verf. seine eigenen Versuche an 30 Fällen mit der Antistreptobazillenvakzine von *Nicolle* mit. Die Ergebnisse sind ausgezeichnete und vor allem glänzend bei allen Drüsenkomplikationen. Der Krankenhausaufenthalt der Patienten wird deutlich abgekürzt.

Die Intradermoreaktion wurde sowohl bei Kranken mit Ulcera mollia wie bei solchen ohne Ulcera mollia angestellt. Sie erwies sich als spezifisch und als diagnostisch verwertbares Element für alle durch den *Ducrey*schen Bazillus verursachten Affektionen.

In Anbetracht der besseren Wirksamkeit der *Nicolle*schen Vakzine, als die aller anderer Behandlungsmittel wurde es versucht, den Mechanismus dieser Wirkung festzustellen. Offenbar handelt es sich um eine spezifische Wirkung dieser Vakzine, begünstigt wahrscheinlich durch einen kolloidoklasischen Vorgang, der den bakteriellen Proteinen zuzuschreiben ist.

Digitized by Google

Er weist ferner auf die vorzüglichen Resultate von *Nababou-Sala* mit der lokalen Applikation von Vakzineinfiltraten hin und meint, daß die beiden Methoden, die allgemeine Vakzination auf intravenösem Wege nach *Nicolle* und die lokale Behandlung nach *Nababou-Sala*, zusammen oder je nach den Fällen allein angewendet, in die Praxis Eingang finden dürften. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Jerome Kingsbury and *Samuel M. Peck:* **Treatment of Phagedenic Ulcerations of the Genitale with Intravenous Administration of Antimony and Potassium Tartrate. (Behandlung phagedänischer Schanker mit intravenösen Injektionen von weinsaurem Antimon bzw. Kalium.)** Journ. Americ. Med. Ass. 1926. Nr. 23.

Durch intravenöse Injektionen von weinsaurem Kalium bzw. Antimon erzielten Verf. gute Erfolge. Behandlungsdauer in der Regel 3—5 Monate. Als nützlich erwiesen sich Kombinationen mit subkutanen Vakzineinjektionen (Bacillus venereogranulomatis — Vakzine). Angewandt wurden Lösungen (1 %) in 5- bzw. 10-ccm-Ampullen. Maximaldosis 10 ccm. Bei längerer Aufbewahrung Sedimentbildung, was aber die Lösung nicht unbrauchbar macht. Die Anfangsdosis ist 3 ccm. Mit jeder Injektion wird um 1 ccm gesteigert, bis die Maximaldosis erreicht ist. 3—4 Injektionen pro Woche. Langsam injizieren! Einige Pat. sind gegen das Medikament überempfindlich, zeigen Hustenreiz, Salivation, bei schwerer Schädigung Atemnot und Zyanose. Auch wurden gelegentlich Venenthrombosen beobachtet. Doch waren die Erfolge oft großartig. Verbände mit einer ½—1 %igen Lösung sind sehr schmerzhaft und zeigen nur geringe Besserung. Anschließend wird über drei Fälle mit phagedänischem Schanker berichtet, die nach den Injektionen glatt abheilten. *Röntz*-Bonn.

Devoto, A.: **Die Vakzinebehandlung der Ulcera mollia.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 384.

Nach den Erfahrungen von *Devoto* kommt die Vakzinebehandlung mit der Vakzine „Dmelcos" in Betracht: 1. für Patienten mit multiplen und sehr ausgedehnten Ulcera mollia oder solchen, die an für eine örtliche Behandlung schwer erreichbaren Stellen sitzen (Umgebung des Afters und Meatus urethrae usw.), 2. für Fälle mit Adenitis auf dem Wege der Vereiterung, 3. für Fälle von Phagedänismus und für gegen die lokale Behandlung sich resistent erweisende Ulzera.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Donato: **Die Antistreptobazillenvakzination bei Ulcera mollia und ihren Komplikationen.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 1. S. 117.

Donato hat bei 22 Fällen von Ulcera mollia und ihren Komplikationen die Antistreptokokkenvakzine *Nicolles* angewendet und kommt zu folgenden Schlüssen: 1. *Nicolles* Vakzine hat eine sichere spezifische Wirkung bei Ulcera mollia und ihren Komplikationen; 2. die einfachen Formen heilen nach 2—4 intravenösen Einspritzungen, komplizierte und vereiterte Bubonen erfordern mehr; 3. jeder Injektion folgt eine mehr oder weniger intensive Reaktion (Schüttelfrost, Kopfschmerz, Übelkeit, Erbrechen, Fieber bis zu 40°) von verschiedener Dauer; nach der Kur sind die Patienten entkräftet; 4. man beginnt vorsichtigerweise mit kleinen Dosen und steigt allmählich je nach der Empfindlichkeit des Individuums; 5. wegen der starken allgemeinen Reaktionen ist der Gebrauch der Vakzine

Digitized by Google

nur ratsam bei phagedänischen Geschwüren, bei Phimose mit Ulzeris, bei endourethralen und analen Geschwüren und bei Adenitiden, wenn sie offen und ulzeriert sind; 6. die Verwendung der Vakzine ist dort kontraindiziert, wo die intravenöse Injektion überhaupt nicht ratsam ist.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

J. Leyberg-Lodz: **Zur Osmotherapie des syphilitischen Liquors.** Derm. Wo. 1926. Bd. 83. Nr. 52b.

Ausgehend von der Tatsache, daß nach Injektion von konzentrierten Salzlösungen ein Flüssigkeitsstrom von den Geweben nach den Blutgefäßen einsetzt und dadurch wahrscheinlich bei dem nachfolgenden Rückstrom eine bessere Permeabilität der Meningen für Medikamente zu erzielen ist, hat Verf. zunächst 100 ccm einer 15%igen NaCl-Lösung injiziert und mehrere Stunden darauf eine größere Salvarsandosis. Es zeigte sich aber, daß sich an den Venenwänden Entzündungen und damit ein Verschluß des Lumens einstellte, der die Fortsetzung dieser Therapie unmöglich machte. Außerdem hatten tierexperimentelle Untersuchungen ergeben, daß bereits 10 Minuten nach der Injektion das stärkste Absinken des Liquordruckes festzustellen ist. Um ebenfalls die Methode für die ambulante Praxis (zweimalige Injektion an einem Tage) besser durchführbar zu machen, wurde 40%ige Urotropinlösung als Lösungsmittel für das Neosalvarsan angewendet. Die Verträglichkeit dieser Lösung war ausgezeichnet und die therapeutischen Erfolge bei Luetikern mit Liquorveränderungen waren auch vielversprechend. *Krüger*-Sagan.

A. Beck: **Eine Kanüle zur perkutanen intravenösen Infusion bei schlechten Venen.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 52.

Die Kanüle besteht aus drei aneinandergesteckten Kanülen, von denen zwei stumpf abgeschliffen sind; diese sollen bei dünnen Venen ein Hochschieben innerhalb des Venenlumens ohne Durchbohrung der hinteren Venenwand ermöglichen. *Weinstock*-Charlottenburg.

Friedrich Dietel: **Zur Technik der intravenösen Injektion.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 48.

Um die Entstehung eines Infiltrates beim Durchstechen der hinteren Venenwand zu vermeiden, empfiehlt es sich, nach dem Zurückziehen der Nadel aus der Durchstichstelle innerhalb des Venenlumens die Kanüle ein Stück über die Durchstichstelle vorzuschieben. Schon entstandene Infiltrate kann man durch Umspritzung mit 20—30 ccm physiologischer NaCl-Lösung, eventuell mit einem ½%igen Zusatz von Novokain, kupieren.

Weinstock-Charlottenburg.

Kurt Trommer: **Zur Technik der intravenösen Injektion.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 43.

Verf. empfiehlt die intravenöse Injektion ohne Stauung; sie macht den Injizierenden unabhängig von einer Hilfskraft, ferner kommt es bei Durchstechung der Venenwand nicht zur Bildung von perivenösen Hämatomen. *Weinstock*-Charlottenburg.

Otto Hirsch-Tabor: **„Basicav", eine neue Spritze für Injektionen in die Ellenbeugenvenen.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 42.

„Basicav" ist eine Injektionsspritze mit exzentrischem Konus und einer konkaven Basis, die durch zwei unten an der Fassung der Spritze

Digitized by Google

angebrachte bogenförmige Stützen erreicht wird. Der Vorteil dieser Konstruktion liegt darin, daß man die Spritze in ihrer ganzen Ausdehnung auf den Unterarm auflegen kann, so daß sie nach keiner Richtung wackeln oder abrutschen kann. Ferner ist eine Perforation der hinteren Venenwand ausgeschlossen. *Weinstock*-Charlottenburg.

Heinrich Ruge: **Die vorläufigen Ergebnisse der Luesbehandlung bei der Marine.** Zusammengestellt nach 626 Fällen von frischer Lues. A. f. D. Bd. 149. S. 297.

Bei kombinierter Salvarsan-Quecksilberbehandlung blieben die seronegativen Fälle nach zwei Kuren rezidivfrei. Die Fälle mit positiver Schwankung blieben bei 2—3 Kuren in 98,6 % frei, während die seropositiven Fälle von Lues I und II nach 3—4 Kuren in 88,3 % erscheinungsfrei blieben. *Hopf*-Jena.

Ching Mingchen-Honan (China): **Ein Beitrag zur Statistik der Syphilisbehandlung (die tertiäre Syphilis der Berliner Prostituierten).** A. f. D. Bd. 149. S. 256.

Als häufigste frühtertiäre Erscheinung wurden die tuberoserpiginösen Exantheme und die Erscheinungen an der Mundschleimhaut festgestellt. Sowohl sie wie auch die Tabes treten am häufigsten bei unbehandelten Patienten auf, während nach Salvarsanbehandlung ein nur etwa ⅔ Prozentsatz der Erkrankungsziffer besteht. *Hopf*-Hamburg.

Bruhns: **Wird durch unsere jetzige Salvarsanbehandlung im Frühstadium der Syphilis die Gefahr späterer Aortitis und nervöser Metalues vermehrt?** M. K. 1927. 7.

Unter Anführung und Würdigung der bisher vorliegenden Literatur kommt Verf. zum Schluß, daß eine Vermehrung obiger Leiden, soweit sie vorliegen sollte, keinesfalls der bisherigen Salvarsanmedikation zur Last zu legen ist. Erst die nun anbrechenden Jahre können möglicherweise die strittige Frage klären, da nunmehr seit 1910, dem Anfangsjahr der Salvarsanära, die nötigen Jahre erreicht sind, die für die Inkubationszeit obiger Leiden nötig sind. Wenn nach der allmählichen Intensivierung der Quecksilberkuren sich obige Leiden auch vermehrt haben mögen, so darf man die gleichen Folgen nicht auf Salvarsan übertragen, da der Heilmechanismus von Hg und Salvarsan doch ein grundverschiedener ist. Auch eine Verkürzung der Inkubationszeit der Tabes und Paralyse ist nicht erwiesen, da die ganz großen Zahlenstatistiken dafür noch fehlen. Zweifellos aber hat die jetzige energische Salvarsanbehandlung die Ansteckungsmöglichkeiten so stark vermindert in allen Kulturländern, daß um dieses sehr großen Vorteils willen kein Grund besteht, hier abzublasen, auch wenn die Gefahr späterer Schädigungen in einzelnen gegen das Gros verschwindenden Fällen bestehen sollte. *Siegfried*-Aachen.

Langer: **Hat die moderne Luesbehandlung Beziehungen zur Zunahme der Aortitis und nervösen Melalues?** M. K. 1927. 22.

Verf. wendet sich gegen die Art der *Bruhns*schen Statistik, aus der *Bruhns* beweisen will, daß durch unsere forcierte Salvarsanbehandlung keinesfalls eine Zunahme obiger metaluetischer Leiden verursacht werde. Man dürfe nicht die Aortitisfälle z. B. in ihrer Gesamtheit auf die Zahl aller Obduktionen beziehen, da dann durch Grippeepidemientodesfälle

Digitized by Google

z. B. ein zu geringer Prozentsatz zufälliger metaluetischer Erkrankungen herauskäme, sondern man müsse die Aortitiden nur in Korrelation setzen zu der Zahl der Obduktionen mit luetischen Stigmatizis, dann kämen wesentlich höhere Zahlen von Metalues heraus, die der Salvarsanbehandlung zur Last zu legen seien, z. B. seien die Aortitiden von 33,3% im Jahre 1906/07 auf 71,70% im Jahre 1923, 74,13% im Jahre 1924 und 83,87% im Jahre 1925 dann angewachsen. Da weiter Frauen notorisch bei Syphilis sich weniger behandeln ließen als Männer, oft überhaupt nichts von ihrer Erkrankung wüßten, so sei es auffallend, daß 472 Männern mit Aortitis nur 249 Frauen gegenüberständen, dasselbe soll von einer Statistik bezüglich Metalues gelten. Auch bei Völkern, die bislang trotz weitverbreiteter Lues mit den „Salvarsansegnungen unserer Kultur" verschont blieben, soll die Aortitis und Metalues seit der neueren Salvarsanära wesentlich zugenommen haben, und zwar früher in den Städten als auf dem Lande, weil die Städter zuerst und reichlicher mit Salvarsan sich behandeln zu lassen Gelegenheit haben. Die Lues hat ja schon häufiger ihr Gesicht gewechselt; zweifellos läuft sie heute schneller als noch vor Jahrzehnten, als es noch kein Salvarsan gab. Aber auch nach der forcierten Hg-Behandlung im vorigen Jahrhundert änderte sie ihr Aussehen, vielleicht liegen demnach sonstige, noch unbekannte epidemiologische Gesetze vor. Keinesfalls möchte Verf. nun entgegen *Bruhns* die natürlichen Immunisierungsvorgänge des Körpers stören durch zu frühe forcierte Salvarsanbehandlung, die vielleicht (konform mit *Bruhns*) in der frühesten seronegativen Phase zur Heilung führen mag; er plädiert im Gegenteil dafür (weil man aus gesellschaftlichen Gründen das Exanthem wohl nicht abwarten kann, was sicherlich das beste wäre), wenigstens im Frühstadium nur mit Hg oder Bi zu behandeln und somit den Körper in seinen immunisatorischen Bestrebungen nicht zu stören. *Siegfried*-Aachen.

Chesney, Alan M., and *Kemp, Jarold E.*: **The curability of syphilis. (Die Heilbarkeit der Syphilis.)** The Journ. of the Americ. Med. Ass. 1926. Bd. 88, 12.

Von einem frühsyphilitischen Patienten wurde intratestikuläre Lymphdrüsenvorimpfung auf Kaninchen vor und nach der Behandlung vorgenommen. Vor der Behandlung wurden lebende Spirochäten gefunden. Die am Ende der Kur und nach einer Beobachtungszeit von einem Jahr, währenddessen keine Behandlung stattgefunden hatte, vorgenommene Überimpfung verlief erfolglos. Auch bei zwei frühbehandelten Fällen von Lues, bei denen 3¾ bzw. 4 Jahre zwischen dem Ende der Behandlung und der Vornahme des Experimentes lagen, erhielt man bei der Verimpfung von Lymphdrüsen negative Ergebnisse. *Theißing*-Bonn.

Minsker: **Zur Frage der prophylaktischen Syphilistherapie.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 7.

In 7 Fällen, wo die syphilitischen Männer, trotz florider Erscheinungen, mit ihren Frauen weiter geschlechtlich verkehrten, gelang es Verf., durch drophylaktische Behandlung der letzteren mit 2—4,0 Neosalvarsan sie vor einer Ansteckung zu bewahren. Eine zweijährige Beobachtung und genaue serologische Untersuchung derselben ergab nicht die geringsten Zeichen von Syphilis. Aus diesem Grunde sieht Verf. eine prophylaktische Neosalvarsanbehandlung für hoffnungsvoll an. *A. Jordan.*

Digitized by Google

Berson: **Zur Behandlung der resistenten Syphilisfälle.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 8.

Verf. erkennt keine absolut resistenten Syphilisfälle an, da es immer durch Wechsel der spezifischen Behandlung, unter Umständen unter Hervorziehung der nichtspezifischen Reiztherapie, als unterstützendes Mittel, zum Ziele zu kommen, gelingt. *A. Jordan.*

Nalbandow: **Frühsyphilis und ihre physikalische Behandlung.** Acta medica. Beilage zur Wratschebnoje Delo. 1927. Nr. 14/15.

Angeregt durch die Arbeiten von *Schindler* und *Heß*, tritt Verf. mit Energie für eine Behandlung nicht nur der syphilitischen Späterscheinungen, sondern schon zu Beginn der Syphilis, in Kombination der spezifischen, mit physikalischen Mitteln ein, unter letzteren stellt er die Schwefel- und Schlammbäder obenan. Ein jeder Syphilitiker müßte bereits im ersten Jahr seiner Erkrankung eine spezifische Kur in einem Kurort durchmachen. *A. Jordan.*

Kogan-Jassnij: **Zur Diagnose und Therapie der viszeralen Syphilis.** Wtsrachebnoje Gareta. 1927. Nr. 11/12.

Verf., Privatdozent und Internist in Charkow, hat im Laufe von 2 Jahren 57 verschiedene Fälle von viszeraler Lues feststellen können, darunter je 13 der Leber bzw. des Gefäßsystems, 10 des Magens, je 3 der Nieren, der Gelenke und des Zentralnervensystems, je 4 des Rückenmarks (T. d.) und der endokrinen Drüsen, 2 der Harnblase und endlich je einen der Speiseröhre und der Lungen. Er schiebt dieses häufige Vorkommen weniger auf eine verfeinerte Diagnose, als auf die für das Auftreten der viszeralen Lues günstigeren Bedingungen durch die Kriegsjahre und die dadurch bedingte schlechtere Behandlung. Die Behandlung dieser Fälle muß streng individualisierend, gemeinsam vom Syphilidologen und Internisten ausgeübt werden, womöglich im Krankenhaus und gleichzeitig eine allgemeine und eine lokale sein. *A. Jordan.*

Saalfeld: **Zur Syphilisbehandlung.** M. K. 1927. 16.

Da in letzter Zeit anscheinend Lues wieder zunimmt, ist frühzeitiges Erkennen von erhöhtem Wert. Dabei werden von Kollegen noch immer manche Fehler gemacht, auf die Verf. kurz hinweist. Durch Blutuntersuchung allein kann innerhalb der ersten 5—6 Wochen Luesdiagnose mit Sicherheit nicht gestellt werden. Diagnosenstellung bei frischer Lues ohne Spirochätennachweis gibt es nicht, ebensowenig abwartende Behandlung. Jede örtliche Behandlung ohne voraufgegangene Spirochätenuntersuchung ist abzulehnen. Vorherige Antiseptika erschweren Spirochätennachweis. In solchen Fällen nur Kochsalzumschläge. Auch Salvarsananwendung erschwert Spirochätenuntersuchung. Wa.R. aber soll in früheren Stadien gemacht werden, natürlich nur zur Entscheidung, ob seronegativer oder -positiver Primäreffekt, wegen entsprechender besserer oder schlechterer Heilchancen. *Siegfried*-Aachen.

C. Noeggerath: **Grundlagen zur gemeinsamen Bekämpfung der Familiensyphilis durch den Frauen- und Kinderarzt.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 10.

Eingehendes Übersichtsreferat über die Bedeutung der Lues congenita, die elterliche Prophylaxe und die Prophylaxe der Kinder selbst, sowie

Digitized by Google

über Therapie der angeborenen Syphilis. Einzelheiten sind im Original selbst nachzulesen. *Weinstock*-Charlottenburg.

A. Poehlmann: **Früh- oder Spätbehandlung der Syphilis?** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 8.

Der Verf. konnte an einem Material von 96 Fällen seronegativer Primärsyphilis, darunter 10 Fällen mit positiver Schwankung, die abortiv oder frühbehandelt worden waren, 100% Heilung feststellen, d. h. klinische und serologische Rezidivfreiheit über ein Jahr hinaus. Auf Grund dieser Beobachtungen setzt sich der Autor warm für die Beibehaltung der Frühbehandlung der Lues ein. *Weinstock*-Charlottenburg.

Glynn, Roberts u. *Bigland:* **The effect of treatment on the Wassermann reactions of syphilitic patients. (Die Wirkung der Behandlung auf die Wa.R. syphilitischer Kranker.)** Medical Research Council. Special report series. Nr. 107.

Verff. haben nach den vorläufigen Vorschlägen der „Staatlichen Spezialkommission von 1918 zur Festlegung der zurzeit besten Behandlungsmethoden der Syphilis" in ihrer Königlichen Krankenhausklinik Nr. 4 verfahren und geben nun ihre Eindrücke bekannt. In Betracht kommen 711 Kranke des Zeitraumes 1918—1923. Demnach muß die Syphilis sofort und sehr energisch durchbehandelt werden. Anfängliche seronegative Lues mit Hg allein zu behandeln, wäre falsch. Graues Öl oder innerliche Hg-Tabletten vermehren die Wassermannrezidive, während beide die klinischen Erscheinungen sehr schnell zum Schwinden bringen. Hg verringert zu leicht die natürliche Immunität, ohne alle versteckten Spirochäten zu erreichen. Salvarsan verhindert weit besser als Hg die Wassermannrezidive und heilt demnach auch sicherer durch Vernichtung der letzten Spirochäten. Wieweit Hg seropositive Lues beeinflußt oder latente, steht in der Arbeit nicht zur Debatte. Die 95 Seiten lange Arbeit bringt die genaue angewandte Technik der verschiedenen Behandlungsmethoden, der Art der Serumuntersuchungen usw., auch viele instruktive Tabellen. *Siegfried*-Aachen.

Krulle: **Ist es besser, wenn positive Seroreaktion bei der antisyphilitischen Behandlung rasch oder langsam negativ wird?** M. K. 1926. 50.

Positive Wa.R. braucht kein Grund zu weiterer spezifischer Behandlung mehr zu sein, wenn frühere Lues ausreichend behandelt wurde und Krankheitszeichen seit langem fehlen, denn wenn positive Wa.R. Ausdruck bestehender Antikörperwirkung ist, was neuerdings wieder angenommen wird, dann besteht kein Grund, den Selbstheilungsvorgang vorzeitig zu beeinflussen. Tritt aber nach Provokation positive Wa.R. auf, dann ist das als Zeichen dafür zu werten, daß noch Spirochäten vorhanden sind. Dann Bi zur Anregung der Antikörperbildung. Um aber letztere Wirkung voll auszunutzen, ist es wünschenswert, daß die positive Seroreaktion nur langsam negativ werde. Beruht die positive Wa.R. aber (also in frischen Fällen) auf Spirochätenwirkung, dann ist schnelles Negativwerden der positiven Wa.R. erstrebenswert. Also bei seronegativer Primärlues Salvarsan als Spirochätenvernichter, bei positiven Schwankungen daneben Bi als Antikörperanreger. Bei seropositiver oder positiv gewesener Lues heilt Bi allein höchstwahrscheinlich besser als Salvarsan. Bei maligner, also wo Antikörperbildung versagt, Salvarsan und Bi zur Vernichtung

Digitized by Google

von Spirochäten und zur Antikörperanregung. Bei Nervenlues ist Bi wichtiger als Salvarsan, da es ins Nervengewege eindringt, was bei Salvarsan nicht sicher ist. *Siegfried*-Aachen.

Marie Fischer-Ascher: **Luesbehandlung und tabische Sehnervenatrophie.** M. K. 1926. 52.

Verf. kommt auf Grund eines Materials von 128 Tabeskranken zu folgenden Schlüssen: Die meisten gut sehenden Augen gehören der Gruppe an (24), die von einer Infektion nichts weiß, demnach auch meistens nicht antiluetisch behandelt wurde. Diesen Anamnesen legt Verf. aber keinen großen Wert bei. Relativ sehr viel schlecht sehende Augen gehören zu der Gruppe (54), die in großen Zwischenräumen ungenügend behandelt wurde. Solche Behandlung ist demnach wertlos. Die schlechtesten Sehschärfen aber gehören der Gruppe an (50), die erst beim Auftreten der Sehnervenatrophie in erste Behandlung kam. Weiter ist wichtig, daß bei, wenn auch ungenügend und periodisch, Behandelten die Sehnervenstörung zwischen 5—10 Jahren post infectionem eintrat, während bei denen, die nur einmal nach der Ansteckung Salvarsankur bekamen, doppelt soviel, aber erst nach mehr als 10 Jahren erkrankten. Also auch hier wie bei Tabes und Paralyse Inkubationszeit kürzer als bei unbehandelten Luetikern. Demnach kann nur eine ausgiebige und lang fortgesetzte Behandlung, wenn überhaupt, später vor Schaden bewahren. *Siegfried*-Aachen.

Stokes: **The interpretation and management of latency in Syphilis. (Erläuterung und Behandlung der latenten Syphilis.)** The B. j. o. ven. dis. 1926. 8.

Latente Syphilis bedeutet keinesfalls einen Zustand der Untätigkeit oder Ruhe, im Gegenteil gehen in diesem Zustand zahlreiche mikroskopische Veränderungen an zahlreichen Stellen schleichend vor sich, die sich in einem Ersatz wertvollen parenchymatischen Gewebes über die Fibrosis in Narbengewebe manifestiert. Dabei brechen von Zeit zu Zeit Spirochäten in die Blutbahn und äußern sich als vorübergehende Anämien, Gewichtsverlust usw. und auch mal als Geburt eines syphilitischen Kindes zwischen sonst völlig gesunden. Der latent Luetiker „lebt von seinem parenchymatischen Kapital". Wenn nun positiver Wassermann bei Fehlen sonstiger klinischer Symptome als Kriterium für Latenz gilt, dann ist er als Immunisierungsmaßnahme des Organismus bei jener Gruppe Syphilitischer anzusehen, deren Eingeweide, Knochen und Haut befallen sind. Diese aber schützen das Nervensystem vor Schaden. Andererseits aber gibt es ja auch Wa.-negative Fälle, die zu bösen Nervenkrankheiten führen. Man kann aber annehmen, daß bei weiterer Verfeinerung der Serumtechnik auch hier noch viele negative Kranke sich als positiv erweisen würden. Somit lehnt Verf. den Ausfall der Wa.R. für die Definition der Latenz ab. Nur genaue klinische Untersuchung möglichst aller Organe in ewiger Wiederholung kann vor Schaden vielleicht schützen bei negativem Wassermann. Nie und nimmer darf Liquoruntersuchung als zur Zeit sicherstes Kriterium vernachlässigt werden. Dann kommt Verf. weiter kapitelweise auf die einzelnen Möglichkeiten zu sprechen, des verschiedenen Verhaltens der Lues und ihrer Beziehungen zum Ergebnis der Wa.R. und des Liquors, und gibt für jede einzelne Möglichkeit die Art des Behandlungsverfahrens, wie er es übt, an. Dabei ist der Hauptwert nicht so sehr auf Erzwingung

Digitized by Google

einer negativen Wa.R. zu legen als auf die Kontrolle des Krankheitselementes mit geringstem Widerstand. In jedem Falle aber soll Behandlung, wenn einmal begonnen, mit aller Energie und möglichster Stärke durchgeführt werden. Einzelheiten der sehr anregenden Arbeit sind nachzulesen, da Fülle zu groß. *Siegfried*-Aachen.

Hoffmann: **The routine treatment of Gonorrhoea and Syphilis. (Die gebräuchliche Behandlung der Gonorrhöe und Syphilis.)** The B. j. o. v. dis. 1926. 7.

Gibt in kurzer, prägnanter Übersicht das Behandlungsverfahren der Bonner Universitätsklinik wieder, wie es dem Leser der Dermatologischen Zeitschrift schon aus dieser bekannt sein dürfte. *Siegfried*-Aachen.

Kurt Friedländer: **Die Erfahrungen mit Tetrophan bei einer Reihe von Nervenkrankheiten.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 10.

Das Hauptindikationsgebiet des Tetrophans ist die Tabes dorsalis, vor allem die Fälle mit Muskelhypotonie und ataktischen Gangstörungen. Auch eine Schärfung der Sensibilität und Steigerung der Reflexerregbarkeit wird durch Tetrophan erreicht. Kontraindiziert ist es vor allem bei Fällen mit gesteigerter Erregbarkeit, sowie bei tabischen Krisen, ebenso bei sehr hohem Blutdruck, da oft eine Blutdrucksteigerung zu beobachten ist. Die Dosierung ist zunächst zweimal täglich eine halbe Tablette, dann langsamer Anstieg auf zweimal, höchstens dreimal täglich eine Tablette. *Weinstock*-Charlottenburg.

Ishewski: **Zur Behandlung der Syphilis mit intravenösen Einspritzungen eines Hg-, J- und S-Gemisches.** Klinitscheskaja Medicina. 1927. Bd. 5. Nr. 4.

Verf. hat 640 Kranke mit dem von *Szily-Haller* durch Zufügung von NaJ modifizierten Linserverfahren (Hg, J und Salvarsan) behandelt. Abgesehen von kongestiven Krisen, Urtikaria, auch Petechien, Temperaturerhöhung, Kopfschmerzen, Übelkeit, Erscheinungen, welche aber vorübergingen, hat Verf. keine schlimmen Nebenerscheinungen beobachtet, dennoch ist er zu einem begeisterten Anhänger dieser Methode geworden, da er sie in vorsichtiger Weise nur in einigen Fällen als nützlich ansieht. *A. Jordan.*

Djakow: **Die Kakaobutter als Vehikel für unlösliche Hg-Präparate.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 3.

Verf. empfiehlt, das Hg salicyl. in folgender Weise zu Einspritzungen bei Syphilis zu verschreiben: Hg. salicylic 2,0—4,0, Ol. vaselini 5,0, Butyr. Cacao 15,0. Die Einspritzungen werden viel leichter als ohne diesen Zusatz vertragen. Ebenso kann die Kakaobutter auch zur Kolomallösung zugesetzt werden. Vor der Einspritzung empfiehlt sich eine leichte Erwärmung. *A. Jordan.*

J. Springmann-Berlin: **Erfahrungen mit der Quecksilberinhalationsbehandlung der Syphilis nach Spuhl.** Derm. Wo. 1927. Bd. 84. Nr. 6 und 7.

Die Methode, durch Inhalation das Quecksilber dem Körper einzuverleiben, ist uralt; auf ihr beruht auch in der Hauptsache die Wirkung der Schmierkur. Sie scheiterte in der Neuzeit wegen der ganz unsicheren Dosierung. Diesem Mangel schafft der Apparat von *Spuhl* Abhilfe, bei dem Tabletten von einer bestimmten Zusammensetzung vollständig zur Ver-

Digitized by Google

dampfung gebracht werden. Als erforderlich zu einer Kur werden etwa 50 Tabletten gehalten. Es wurden 100 Fälle der verschiedensten Stadien der Lues teils allein mit Inhalationen, teils kombiniert mit Salvarsan behandelt. Alle sichtbaren Symptome der Haut und Schleimhaut wurden bis auf papulöse Effloreszenzen mit der Inhalation allein ganz gut beeinflußt. In 6% der Fälle traten nach Beendigung der Kur Rezidive auf. Bei Kombination mit Salvarsan waren die Erfolge besser. Die Wa.-R. wurde nur in 42% der Fälle von Lues II und in 25% der Fälle von Lues III negativ. Die Art der Behandlung mit dem *Spuhl*schen Apparat ist sehr angenehm, läßt sich leicht unterbrechen, ist aber im ganzen nur als sehr milde zu betrachten. Kontraindiziert ist sie bei Lungentuberkulose und ernsteren Störungen des Magendarmkanals. *Krüger*-Sagan.

L. Stein-Beckerek: **Schwere Nekrose nach $HgCl_2$-Injektion.** Derm. Wo. 1927. Bd. 84. Nr. 20.

Bei einem Pat., der wegen einer Lues die zweite Kur machte und mit intramuskulären 2%igen Sublimatinjektionen behandelt wurde, trat bei der 7. Injektion bereits beim Einstechen der Kanüle in die Glutäen ein sehr intensiver Schmerz auf, der sich bei der Einspritzung selbst noch steigerte und schließlich zu einer Ohnmacht führte. Im weiteren Verlauf kam es zu einer sehr schmerzhaften, blauroten Infiltration in der Gesäßpartie, die allmählich völlig nekrotisierte. Chirurgisch wurde die ganze Partie ausgeschnitten, und die Wunde heilte per granulationem. Erfolgt ist diese Nekrose wahrscheinlich dadurch, daß die Injektion in oder in die nähere Umgebung eines sensorischen Nervenastes erfolgte. Infolge einer Trophoneurose kam es dann zu der Nekrose der ganzen Partie.

Krüger-Sagan.

Sieben: **Neue Wege zur Behandlung der Metallvergiftungen.** M. K. 1927. 22.

Verf. sah nach Novasurolinjektionen gegen Hydrops in 2 Fällen hartnäckige Hg. — Dermatitiden, die er schnell nach 24 Stunden schon durch eine Injektion von Kalzium-Gummilösung zur Besserung und später zur Heilung brachte (10 ccm wässeriger Lösung von 1 g Chlorkalzium und 0,3 g Gummi arabicum). Ebenso sollen Salvarsandermatitiden auf das gleiche Verfahren prompt ansprechen. Kalzium ohne Gummi ist aber nutzlos. Demnach bildet Gummi nach Verf. die Gleitschiene für den Angriff des Kalziums auf die wohl gleichfalls an Zellkolloide gebundenen Metallgifte. Auch bei Bleivergiftungen solle man das Mittel anwenden. Natriumthiosulfat hat Verf. nicht angewandt, weil es ihm zu zersetzlich erscheint, auch dann, wenn es in Ampullen eingeschmolzen ist.

Siegfried-Aachen.

Ossipijantz: **Über intravenöse NaJ- und KJ-Injektionen.** Russki Westnik Dermatologii. 1927. Nr. 6.

Verf. berichtet über gute Resultate nach zweimal wöchentlicher, intravenöser Injektion von 8—10 ccm einer 25%igen Lösung NaJ bzw. KJ. Schnelle Wirkung. Fehlen von unangenehmen Nebenerscheinungen.

A. Jordan.

Torssnew: **Die Behandlung der Syphilis mit intravenösen Jodnatriuminjektionen.**

Digitized by Google

J. Lewin: **Zur Frage der intravenösen Jodkaliinjektionen bei gummöser Syphilis.** Russki Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 1.

Ersterer Autor hat in 89 Fällen von gummöser Syphilis durch intravenöse Injektionen einer 5—15%igen JNa-Lösung bei allmählicher Steigerung des eingeführten NaJ von 2—5, ja sogar 10,0, über einen Tag, ohne Zufälle, sehr gute Resultate erzielt.

Letzterer Autor erreichte dasselbe durch eine Jodkalilösung in 6 Fällen, während im 7. Fall sofort nach der Injektion von bloß 1,6 KJ der Tod eintrat. Bei der Sektion erwies sich eine persistierende Thymus.

A. Jordan.

H. Goodman: **Jod bei der Behandlung der Syphilis.** The Urol. a. Cutan. Review. 1926. Bd. 30. Nr. 7. S. 398.

Die Indikation gibt nicht nur das gummöse Stadium, es soll auch bei bleibender Induration des primären und sekundären Stadiums gegeben werden. Das Jod hat die Funktion, das zur Abwehr entstandene Gewebe niederzubrechen, um so den Medikamenten die Möglichkeit zu geben, die Spirochäten anzugreifen. *August Simon*-Bonn.

K. Holm-Hamburg: **Über Vergiftungen mit Jod und seinen Verbindungen.** Derm. Wo. 1926. Bd. 83. Nr. 49 und 50.

Fast alle Jodverbindungen können Vergiftungserscheinungen hervorrufen, am stärksten giftig wirken das freie Jod, die Jodate und die Jodschilddrüsenverbindungen. Das Jod wird aus den üblichen Verbindungen im Körper freigemacht durch die Kohlensäure des Gewebes und die Nitrite. Der Wechsel derselben im Organismus erklärt die verschiedene Toleranz desselben Individuums zu verschiedenen Zeiten. Das Jod ist wahrscheinlich ein Zellgift, welches vorwiegend an höher differenzierten Zellen degenerative Veränderungen hervorruft, besonders empfindlich ist die Schilddrüse. Es entwickelt sich leicht ein Jod-Basedow mit allen übrigen klinischen Veränderungen des allgemeinen Stoffwechsels. *Krüger*-Sagan.

Manteufel, Richter und *Worms:* **Beiträge zur experimentellen Syphilisforschung. Das Syphilisheilserum von Dr. Quéry (Paris).** D. m. W. 1927. Nr. 11.

Auch diese Autoren kommen nach ihren Untersuchungen zur Ablehnung der Behauptung *Quérys* und seiner Anhänger, daß sein Serum ein Heilserum für Syphilis sei. Es verhält sich im Therapieversuch bei experimenteller Kaninchensyphilis nicht anders als normales Pferdeserum. Es konnte weder im Früh- noch im Spätstadium der Erkrankung eine Begünstigung oder Beschleunigung des normalen Infektions- oder Heilungsverlaufes festgestellt werden. Das Verhalten der Seroreaktionen war kein anderes als bei unbehandelten Tieren, welche bekanntlich in der gleichen Weise eine negative Seroreaktion bekommen. Ebensowenig läßt sich durch die Serumbehandlung der normalerweise erfolgende Übergang der manifesten Infektion in ein latentes Stadium der Drüseninfektion verhindern.

O. Dittrich-Kiel.

Kaufmann u. *Schaaf:* **Antimonbehandlung der Tabes.** D. m. W. 1927. Nr. 15.

Als Antimonpräparat wurde das Antimosan, eine Brenzkatechinverbindung, und zwar ein Komplexsalz des dreiwertigen Antimons, benutzt.

Digitized by Google

da es sich bei verschiedenen Tropenkrankheiten und bei multipler Sklerose bereits bewährt hatte. Es wurden in einer Dosierung von 3—8 ccm etwa 8 Injektionen intravenös, die restierenden 4, d. h. jede 3. Spritze, intramuskulär gegeben. Eine Kur umfaßt mit Intervallen von 2—4 Tagen zwischen den einzelnen Injektionen 10—16 Einspritzungen von insgesamt 50—80 ccm Antimosan. Außer den üblichen hin und wieder auftretenden Injektionssensationen wurden nie unangenehme Erscheinungen beobachtet. Was die Erfolge anlangt, so waren die Injektionen bei 10 Tertiärsyphilitikern klinisch und serologisch unwirksam, von 13 Tabikern wurden 8 beträchtlich, 4 mäßig gebessert (ein Fall spontan gebessert?). Eine Beeinflussung des Blutes und des Liquors wurde nicht mit Regelmäßigkeit festgestellt. Die Besserung bezog sich hauptsächlich auf Krisen und Ataxien. Weitere Nachprüfungen sind erforderlich. Immerhin hat sich bisher gezeigt, daß die Wirkung des Antimosan nachhaltiger ist als die des Tetrophan.

O. Dittrich-Kiel.

Golosowker u. *Klebanow:* **Zur Behandlung der Syphilis mit den russischen Wismutpräparaten.** Wratschebnoje Delo. 1927. Nr. 3.

Von den russischen Wismutpräparaten enthält das Bismoverol 65 bis 67%, das Bismutogvi 40% und das Bijochinol 20% metallisches Wismut. Aus diesem Grunde werden die beiden ersten Präparate nur von kräftigen Personen, das Bijochinol von allen und besonders von Kindern gut vertragen. Die russischen Präparate stehen den ausländischen nichts nach.

A. Jordan.

Critchley: **Bismuth Polyneuritis.** The B. j. o. v. dis. 1926. 5.

38jährige Dame mit kompleter Ptosis r. bekommt 4 Wochen nach Bi zunehmende Muskelschmerzen, schließlich über alle Extremitäten. Weiter Abnahme der Muskelkraft. Muskel schlapp und spannungslos. Ausfall der Muskelreflexe. Kniereflex bleibt. Kein Bismutsaum im Munde. Da hier kranke Nieren vorlagen, sind diese wohl als Ursache der Polyneuritis anzusehen. *Siegfried*-Aachen.

Fischbein: **Beobachtungen über die Wirkung des Bismutogvi (Bismatum bitartaricum) allein oder in Verbindung mit NS. auf die Syphilis.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 3.

Von den zwei russischen Wismutpräparaten (Bijochinol und Bismutogvi) hat sich Verf. mit dem weniger gebräuchlichen, weinsauren Präparat, dem Bismutogvi, beschäftigt und lobt dieses für die Syphilisbehandlung. *A. Jordan.*

Fritz Mras: **Weitere Erfahrungen mit der intravenösen Wismutbehandlung.** A. f. D. Bd. 149. S. 292.

Verf. schreibt dem Pallizid hohe therapeutische Wirksamkeit und gute Verträglichkeit zu. *Hopf*-Jena.

Komaya, Ginji: **Über eine histochemische Nachweismethode der Resorption, Verteilung und Ausscheidung des Wismuts in den Organen.** A. f. D. Bd. 149. S. 278.

Der Bi-Nachweis mit dem *Leger*schen Reagens ist zu einer histologischen Methode umgestaltet, die schönere, wenn auch nicht so haltbare Resultate gibt wie die ebenfalls angewandte Einwirkung von H_2S auf die Schnitte.

Hopf-Jena.

Digitized by Google

L. Dietrich-Budapest: **Therapeutische Versuche mit einem lipoidhaltigen Wismutpräparat.** Derm. Wo. 1926. Bd. 83. Nr. 52a.

Die Giftigkeit der Wismutverbindungen geht ihrer Lipoidlöslichkeit parallel. Die Wirkung kann gesteigert werden durch Beschleunigung der Resorption und durch eine gute Verteilung in den Geweben, andererseits durch Verhinderung der schnellen Ausscheidung durch den Urin. Es wurde gearbeitet mit Neobismosalvan, welches eine Verbindung des Jod-Chinin-Wismuts mit Lezithin darstellt. Die Erfolge auf die luetischen Erscheinungen der verschiedensten Stadien waren ausgezeichnet. Aus den Papeln verschwanden die Spirochäten meist nach 1—2 Injektionen, die äußeren Erscheinungen gingen ebenfalls gut zurück, und die Wa.R. war meist am Ende der Kur negativ. Gegeben wurden bei alleiniger Anwendung 16—20 Injektionen, zuerst zu 1 ccm, später zu 2 ccm jeden dritten Tag. Albuminurie wurde in keinem Fall beobachtet. *Krüger*-Sagan.

E. Bruner u. *S. Krakowska*-Warschau: **Die Einwirkung von Wismutverbindungen auf das hämatologische Bild während des Verlaufes der Syphilis.** Derm. Wo. 1926. Bd. 83. Nr. 52a.

Regelmäßige Untersuchungen des Blutbildes bei Pat. mit Lues vor und während der Wismutbehandlung mit verschiedenen polnischen Wismutpräparaten ergaben folgendes Resultat: Vor Beginn der Kur bestand meist eine stärkere Verminderung der Erythrozyten und des Hämoglobins. Bei Beginn der Behandlung verminderten sich zuerst noch die Werte, stiegen dann aber im Verlauf wieder auf die Ausgangszahlen oder erreichten sogar die Norm wieder. Der Anstieg zwischen Erythrozyten und Hämoglobin ging meist parallel. Bei den weißen Blutkörperchen wurde stets eine Steigerung uns gegen Ende der Behandlung ein Sinken zur Norm beobachtet. Bei den Neutrophilen wurden keine stärkeren Abweichungen beobachtet, dagegen stieg meist die Zahl der kleinen Lymphozyten an. Vielfach wurde auch eine leichte Eosinophilie beobachtet. *Krüger*-Sagan.

H. Schaeffer-Berlin: **Casbis.** Derm. Wo. 1926. Bd. 83. Nr. 52a.

Casbis ist ein Hydroxyl des Wismut und wird hergestellt von der Firma Leopold Cassella. Es wurde in 180 Fällen der verschiedensten Stadien von Lues angewandt und wurde im allgemeinen sehr gut vertragen. Die Schmerzen an der Injektionsstelle sind auffallend gering. Albuminurie wurde nicht beobachtet. Die Wirkung auf die Erscheinungen war in den meisten Fällen ausgezeichnet; es wurden durchschnittlich für eine Kur 20—22 ccm gegeben. Die Spirochäten verschwanden meist erst nach mehreren Injektionen, und die Erscheinungen bildeten sich sehr allmählich zurück. Die Wa.R. wurde ganz gut beeinflußt, wurde aber öfter erst nach Beendigung der Kur negativ. In 4 Fällen mit ausgedehnten Genitalpapeln gelang deren Rückbildung mit Casbis nicht, erst einige Salvarsaninjektionen brachten sie zum Verschwinden. Eine längere Beobachtungszeit ergab keine Rezidive. *Krüger*-Sagan.

Grshebin: **Vergleichende Bewertung verschiedener Wismutpräparate.** Wratschebnaja Gaseta. 1927. Nr. 5. (Russisch.)

Als Hauptaufgabe, welche der Verf. sich gestellt hat, ist anzugeben ein Vergleich der Wirkung der in SSSR. gebräuchlichsten Wismutpräparate, nämlich des Bismutogvi, Bijochinol, Bismoverol, Bismut. subgallicum.

Digitized by Google

Bismuth. salicyl. und Bismuthin. Nebenbei wurde auch das gangbarste, deutsche Wismutpräparat, das Bismogenol, in Betracht gezogen. Am höchsten stellt Verf. das Bijochinol und dasBismutogvi, welche den besten ausländischen Präparaten, darunter dem Bismogenol, nicht nachstehen.

A. Jordan.

Skljas: **Der praktische Wert des Präparates Bismogenol.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 2.

Die Anwendung des Bismogenol Tosse bei 33 Kranken in verschiedenen Stadien der Syphilis ergab, daß das Bismogenol ein vollwertiges spezifisches Mittel ist, und seine Anwendung ruft weder eine allgemeine Reaktion, noch Nebenerscheinungen hervor. (Diesem günstigen Urteil kann sich Referent vollkommen auf Grund der an der II. Moskauer Hautklinik mit dem Bismogenol angestellten Versuchen anschließen, wozu er noch die Handlichkeit des Präparates bei Einspritzung von bloß 1 ccm pro dosi hervorheben möchte. Anm.) *A. Jordan.*

Gitmann u. *Kenigsberg:* **Die Behandlung der kindlichen Syphilis mit russischen Wismutpräparaten.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 6.

Nach Ansicht der Verf. sind sowohl das Bismutogvi als das Bijochinol Präparate, welche weite Verbreitung in der kindlichen Praxis verdienen und nicht nur in den Fällen, welche sich dem Hg oder Salvarsan gegenüber refraktär erweisen, sondern überhaupt. Bei der Zartheit des kindlichen Organismus raten diese Autoren aber von kombinierten Kuren ab und empfehlen, mit den Salvarsan- und Wismutkuren abzuwechseln.

A. Jordan.

J. Vonkennel: **Wismutbehandlung zwischen den Fieberattacken der Impfmalaria auf Grund quantitativer Bi-Bestimmungen im Liquor.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 2.

Bei 8 Patientinnen wurden Bi-Bestimmungen des Liquors vor der Malariatherapie und nach der Malariatherapie vorgenommen. Nach Aufschließung mit HCl und Kaliumchlorat und Ausfällung des Bi als Bi_2S_3 wurde das letztere nach Überführung in das Wismut-Jodiddoppelsalz mit Hilfe von Jodkalium, das eine grünlichgelbe Farbe aufweist, quantitativ kolorimetrisch bestimmt.

Es ließ sich eine deutliche Steigerung des Bi im Liquor cerebrospinalis nach der Malariatherapie nachweisen. Auch während der Fieberattacken selbst zeigten die Meningen eine erhöhte Permeabilität für Bi, sowohl für lösliches (Embial) wie für unlösliches Bi (Bismogenol). Verf. empfiehlt daher mit Rücksicht auf die erhöhte Permeabilität der Meningen, während der Malariatherapie diese mit Bi-Injektionen zu kombinieren.

Weinstock-Charlottenburg.

I. Ragazzi: **Beitrag zum chemisch-physikalischen Studium des Mechanismus der Wismutwirkung bei der Behandlung der Syphilis.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 838.

Unter Bezug auf die Versuche *Levaditis*, welche zeigten, daß gewisse Metalle, unter ihnen das Wismut, an und für sich keine spirillozide Kraft haben, sondern daß sie diese erst im Kontakt mit Eiweißsubstanzen erwerben und entsprechende Arbeiten der Scuola Farmaceutica del Benedicenti, hat *Ragazzi* in vitro die Schnelligkeit der Bildung eines Wismut-

Digitized by Google

proteins festzustellen versucht und dazu Muthanol und ein nicht radioaktives Wismutoxydhydrat verwandt. Die Versuche ergaben, daß das Muthanol viel deutlicher und schneller zur Bildung eines Wismutproteins führte als das gewöhnliche, nicht radioaktive Wismutoxydhydrat. Darum ist dem Muthanol eine größere antisyphilitische Wirkung zuzuschreiben.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

A. Pozzo: **Herxheimer-Reaktionen, spätere und unmittelbare Rezidive im Verlaufe der Wismutbehandlung.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 839.

Pozzo kommt in seiner Übersicht über seine Erfahrungen mit der Wismutbehandlung zu folgenden Schlüssen: Die Wirkung der Wismutsalze scheint im allgemeinen wirksam und schnell, aber nur vorübergehend zu sein; die Behandlung setzt die Patienten unmittelbaren und späten Rezidiven aus; bei unvollständig behandelten Fällen sind die *Herxheimer*-Reaktionen sehr lebhaft und treten schnell auf; bei einer Krankheit von so proteusartigem Charakter, wie es die Lues ist, kann man keinen therapeutischen Monomorphismus erwarten; dieselben Vorkommnisse treten auch nach der ausschließlichen Hg- und As-Behandlung auf.

Die Sensibilisierung des Lymphsystems für Rezidive und die Tatsache, daß die Wa.R. sehr langsam beeinflußt wird, lassen daran denken, daß das in den Kreislauf gebrachte Bi wohl die Spirochäten den von ihnen befallenen Stellen angreift, aber im Organismus keine humoralen und histiogenen Modifikationen hervorruft, wie die Produktion von Antikörpern an der Stelle der vernichteten Spirochäten.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

E. Kistjakowski: **Gangränöse Affektionen der Mundhöhle und der äußeren Geschlechtsteile nach Wismutbehandlung.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 5.

Gehören schon die unangenehmen Nebenerscheinungen durch das Wismut zu den seltenen Erscheinungen, so bezieht sich das noch mehr auf die gangränösen Mundaffektionen, von denen Verf. 2 Fälle beschreibt, einen 45jährigen Tabiker und ein 18jähriges Mädchen mit Erblues betreffend. In dem ersteren Fall kam es nach 13 Injektionen von Bi salicyl. und 9 intravenösen Bismutinjektionen zur Bildung von 3 Nekrosen in der Mundhöhle, von denen 2 verheilten, die 3. nicht, und dazu gesellte sich später ein weiteres Ulcus auf der Zunge, welches sich als Kankroid erwies, an dem Patient danach starb. Beim 18jährigen Mädchen entwickelten sich nach 3 Mesurolinjektionen gleichzeitig gangränöse Affektionen in der Mundhöhle wie an den äußeren Geschlechtsteilen, die aber vernarbten.

A. Jordan.

Piccardi: **Lokale Nebenerscheinung nach einer intramuskulären Wismutinjektion.** Sezione piemontese der ital. Ges. f. Dermatologie. Giorn. ital. di Dermatol. 1926. H. 6. S. 1633.

Piccradi beobachtet nach einer intramuskulären Injektion von Spirobismol eine lokale arterielle Embolie, gekennzeichnet durch einen plötzlichen heftigen Schmerz an der Injektionsstelle, die schnelle Entwicklung einer Ekchymose und die Bildung einer Nekrose. Es handelt sich um schon früher beobachtete Nebenerscheinungen nach Injektion

Digitized by Google

von Quecksilbersalzen, deren Natur *Freudenthal* nach ähnlichen Beobachtungen nach Wismuteinspritzungen aufgeklärt hat.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

J. Munk-Kopenhagen: **Ein Fall von Wismutvergiftung mit tödlichem Ausgang bei antisyphilitischer Behandlung.** Derm. Wo. 1927. Bd. 84. Nr. 11.

Ein Pat., der an einem tuberoserpiginösem Syphilid litt und bisher noch nicht spezifisch behandelt worden war, wurde einer Kur mit Neosalvarsan und Wismut unterzogen. Er erhielt dann noch mehrere Wismutkuren, im ganzen 5,13 g Wismut, meist in Form von schwer löslichen Salzen. Nach Abschluß der Behandlung stellte sich ein starker Ikterus ein, ebenfalls eine Stomatitis und Albuminurie. Unter allgemeiner Schwäche und Kräfteverfall kam es dann zum Exitus. Die Sektion ergab eine starke Stomatitis mit Ulzerationen und einem Bi-Saum an der Gingiva, eine schwere Nephrose, Kolitis, Leberzirrhose und Fettdegeneration der Leber. Die chemische Untersuchung von Organteilen ergab reichliches Vorhandensein von Wismut in ihnen. Der Fall ist also als eine Wismutintoxikation aufzufassen, die bedingt ist erstens durch die Verabfolgung einer relativ großen Menge von Wismut in schwerlöslichen Verbindungen, zweitens durch die vor der Kur bestehende Leberzirrhose, die eine normale Ausscheidung des Wismuts verhinderte. Es ist also vor forcierten Wismutkuren zu warnen. *Krüger*-Sagan.

A. Sternberg (Hautklinik Frankfurt): **Über eine Wismutschädigung der Haut.** A. f. D. Bd. 148. S. 28.

Während einer Gesamtkur von 3,5 ccm eines nicht im Handel befindlichen Bi-Präparates und 21,0 Casbis traten nach Injektion von 11 ccm Wismut ausgedehnte Herde von feinsten Hautblutungen zunächst an den Unterschenkeln, später an Oberschenkeln und Ellbogen und unter Fortführung der Wismutkur zwischen den Schulterblättern auf. Drei weitere, aber viel leichtere Fälle von punktförmigen Hautblutungen kamen bei kombinierten Kuren nach Casbis vor, teilweise mit Rückgang der Erscheinungen noch während der Weiteranwendung von Casbis. Der Schlußsatz erklärt etwas kühn, daß diese leichten, spontan verschwindenden Schädigungen „erneut beweisen, daß die Wismutpräparate nicht die Hoffnung erfüllen, die man in verfrühtem Optimismus an sie geknüpft hat . . .". *Sinn*-Aachen.

Löhe u. *Rosenfeld:* **Ein einfaches Symptom zur Erkennung der Wismut-Intoxikation bei der Syphilisbehandlung.** M. K. 1927. 34.

Man muß scharf unterscheiden zwischen 1. Wismutsaum des Zahnfleisches und 2. dem generalisierten Bismutsaum der Mundschleimhaut. Ersterer ist harmlos und auch durch peinliche Mundpflege nicht zu vermeiden, der generalisierte Wismutsaum aber ist fast immer begleitet von Albuminurie und Zylindrurie, ist also als Warnungssymptom anzusehen. Er zeigt sich in Wismutpigmentierungen der Mundschleimhaut mit Ausschluß des Zahnfleisches. Pigmentierungen sind bis stecknadelkopfgroße blaue bis braunschwarze Punkte an Zungenrändern und Papillae filiformes oder auch größere Flecke an Zungenunterseite. *Siegfried*-Aachen.

Digitized by Google

Freund: **Erfahrungen mit Vanadium (Northoran) bei Syphilis.** Kl. W. 1926. Nr. 36. S. 1661.

Verf. stellt eine überaus günstige, in manchen Fällen überraschend prompte Wirkung der kombinierten Northoran-Spir.-Kur auf die sekundären und tertiären Symptome und auf einen Fall von P.A. fest.

Von 15 serologisch geprüften sekundären und tertiären Fällen einige Wochen nach dem Schluß der Behandlung reagierten 8 noch positiv, 7 negativ, während ein Fall von papulösem Exanthem nach 4 Wochen bereits Rezidive zeigte. *Hans Ritter*-Berlin.

Müller: **Über Behandlungserfolge der angeborenen Syphilis mit einer einzigen Kur.** M. Kl. 1927. 28.

Da die bisherige Behandlung syphilitischer Säuglinge, und nur diese bis zum 2. Lebensjahre kommen hier in Betracht, wegen der wiederholten Kuren bis zum Negativwerden an 19—20 Monate erfordert, was zugleich eine große Belastung der Kinderkrankenhäuser bedeutet, versuchte Verf. durch eine einzige, allerdings gegen das bisherige Verfahren verstärkte spezifische Kur die Behandlungszeit wesentlich abzukürzen, was ihm gemäß seinem bisherigen, allerdings nur kleinem Material gelungen zu sein scheint. Immerhin bittet er um Nachprüfung, wobei man sich aber möglichst an sein Schema halten solle. Kurverfahren: 12 intravenöse Neosalvarsan- und 12 Kalomelinjektionen, jede Woche je eine. Dosen: Neosalvarsan je 0,03—0,04 g und Kalomel 1—2 mg pro Kilogramm Gewicht. Schädigungen sollen dabei nicht vorgekommen sein, ebensowenig Rezidive. Serologisch negativer Erfolg von Dauer. Der Wendepunkt soll ¼ Jahr nach abgeschlossener Kur sein. Ist Wa.-R. dann negativ, soll sie es auch höchstwahrscheinlich bleiben. Von Bi will Verf. nichts wissen. Von 39 Kindern starben 11 an interkurrenten Krankheiten, 1 an Syphilis. 2 Kinder hatten Rückfälle. Alle anderen Kinder blieben günstig.

Siegfried-Aachen.

A. Crosti: **Beobachtungen und Untersuchungen über die orale Behandlung der Syphilis mit Derivaten der Amino-Oxyphenylarsinsäure.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 843.

Die Erfahrungen *Crostis* mit Stovarsol, Spirozid, vor allem mit Edojakol, Treparsol und Sygmargil gipfeln in folgenden Schlußsätzen: Die per os gegebenen Derivate der Amino-Oxyphenylarsinsäure, sowohl die Azetyl- wie die Formylderivate üben, per os gegeben, eine gute antisyphilitische Wirkung aus. Ihre therapeutische Wirkung läßt sich nicht mit der der intravenös gegebenen Arsenobenzole vergleichen; doch ist manchmal ihre Einwirkung auf die klinischen Erscheinungen so rasch, daß man eine ähnliche chemotherapeutische Wirkung wie den Arsenobenzolen ihnen zuschreiben kann.

Zur Erzielung klinischer Dauerheilungen ist eine fraktionierte methodische Verabreichung von wenigstens 2—3 Monaten erforderlich, um dadurch zu hohen Dosen (40—50 g und mehr) zu kommen. Nur diese prolongierten und intensiven Kuren wirken unzweifelhaft auf die serologischen Befunde der Syphilitiker; positive Serumreaktionen können auch durch einen Behandlungszyklus negativ werden. Die Verabreichung so hoher Dosen ist abhängig von einer großen Toleranz, welche die Patienten im allgemeinen gegen diese Verbindungen zeigen und von der Schnellig-

Digitized by Google

keit, mit der diese aus dem Organismus eliminiert werden. Der Rhythmus der Elimination durch den Urin ist sowohl nach einzelnen Dosen, wie im Verlaufe einer Kurperiode, so schnell, daß man annehmen kann, daß in 2—3 Tagen der größte Teil des eingeführten Arsens ausgeschieden ist. Auch nur zwei Tage des Aussetzens der Behandlung sind genügend, um eine gefährliche Anhäufung von Arsen zu verhindern.

Es ist aber nicht zu vergessen, daß man mit diesen oralen Kuren immer eine sehr hohe Arsenmenge zuführt und daß Intoleranz- und Intoxikationserscheinungen auftreten können. Diese meist leichten und vorübergehenden Erscheinungen treten besonders in den ersten Behandlungswochen auf und scheinen weniger zu der eingeführten Dosis, als zu einer Empfindlichkeit des Individuums gegen das Mittel in Beziehung zu stehen. Eine besondere Überwachung des Patienten ist also bei Beginn der Kur ratsam; diese Überwachung ist im weiteren Verlaufe der Kur fortzusetzen.

Da die Toleranz gegen diese Präparate auch bei Individuen mit graziler und geschwächter Konstitution, bei denen diese Mittel sogar einen bemerkenswerten tonisierenden Einfluß ausüben können, eine große ist, so kann man deutliche Kontraindikationen gegen ihre Verabreichung nicht aufstellen; besonders Vorsicht ist notwendig bei Kranken mit verminderter Funktion der Ausscheidungswege und solchen, bei denen schon vorher eine Intoleranz gegen Arsen festgestellt wurde.

Die orale Behandlung mit den Phenylarsinpräparaten hat für die verschiedenen klinischen Formen der Syphilis keine speziellen Indikationen; auf den größten Teil derselben üben sie eine energische Wirkung aus; sie scheint aber dort nicht indiziert, wo eine schnelle sterilisierende Behandlung erforderlich ist. Sie stellt aber ein wertvolles therapeutisches Unterstützungsmittel dar, wenn andere Applikationen nicht zur Anwendung kommen können. Man muß zugeben, daß durch diese Mittel die orale Behandlung der Syphilis eine Wirksamkeit erreicht hat, die man mit anderen Medikamenten nicht erreichen konnte und die zweifelsohne der gleicht, welche man mit anderen Präparaten auf parenteralem Wege erreichen kann. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

F. Hutter: **Über die Behandlung der Plaut-Vincentschen Angina und anderer Spirillosen der Mundhöhle mit Spirozid.** Wien. klin. Woch. 1927. Nr. 6.

Das Spirozid stellt ein Mittel dar, das sich in mehreren Fällen von hartnäckiger Angina vom Typus Plaut-Vincent sehr gut bewährt hat. Meist ließ man die Tabletten (4—5 pro Tag) langsam im Munde zergehen, oder außerdem wurde noch ein Spirozidbrei für einige Zeit auf die Ulzeration aufgedrückt. Da es sich auch bei einer starken Gingivitis gut bewährt hat, wäre es bei anderen Spirochätenerkrankungen der Mundhöhle zu versuchen. *Krüger*-Sagan.

J. Perkel: **Versuch der Behandlung der Syphilis mit Stovarsolan.** Russkij Westnik Dermatologii 1926. Nr. 10.

Das russische Stovarsol, genannt Stovarsolan, bei innerlicher Anwendung von täglich 0,5—1,0 und in der Gesamtmenge von 10,0—37,0 steht dem Neosalvarsan, insbesondere bei der tertiären Syphilis, therapeutisch kaum nach, wurde aber in 85% der Fälle von mehr oder weniger unangenehmen Nebenerscheinungen begleitet. *A. Jordan.*

Digitized by Google

Gimplinger: **Erfahrungen mit Spirozid in der Oto-Laryngo-Rhinologie.** M. K. 1926. 52.

Verf. hat bei 14 Patienten mit Pharynxgeschwüren, Nasengummen, Verlust von Riech- und Hörvermögen nach *Oppenheims* Vorschrift, also mit periodischen dreitägigen Unterbrechungen usw. im ganzen bis zu 60 Tabletten gegeben. Einmal Fieber, einmalig masernartiges Exanthem. Sehr rasche Erfolge objektiv und subjektiv, vor allem bedeutende Gewichtszunahme. Auch serologisch recht zufriedenstellende Resultate. 8 der 14 Kranken wurden nach einer resp. zwei Kuren seronegativ. Der Rest entzog sich Nachkontrolle. Verf. zeigt sich begeistert über seine Erfolge und spricht von ungeheuren Vorteilen gerade für die einschlägige Praxis.

Siegfried-Aachen.

Gollossowka u. *Mirkin:* **Zur Frage der Behandlung der Syphilis mit Stovarsol und Wismuth.** Venerologia u. Dermatologia 1927. Nr. 7.

Durch histopathologische Untersuchungen von syphilitischen, teils mit Stovarsol, teils mit Wismuthpräp. (Bijochinol u. Bismutogri) behandelten Kranken, wobei sie insgesamt 40—60 g Stovarsol, bzw. 0,6 bis 1,2 Bismutmetall gaben, konnten die Verf. nachweisen, daß das Plasmom weder bei dem einen noch dem andern Präparat gleichzeitig mit den klinischen Erscheinungen schwindet, aber daß dieses beim Wismuth noch langsamer vor sich geht als beim Stovarsol. *A. Jordan.*

A. Kritschewski und *Sorikson:* **Ein Beitrag zur Frage der Syphilisbehandlung mit Stovarsol (Stowarsolan).** Russkij Westnik Dermatologii 1927. Bd. 5. Nr. 7.

Das Stowarsolan ist ein energisches, antisyphilitisches Mittel, welches aber dem Salvarsan nachsteht. Die Anwendung des Stowarsolans allein ist unpraktisch, wenn man einen maximalen therapeutischen Effekt erzielen will. Das Stowarsolan sollte nur dort angewandt werden, wo das Salvarsan nicht in Frage kommt. Eine Hg-Bi-Stowarsolanbehandlung ist wirksamer als eine Hg- oder Bi-Therapie. Nebenwirkungen werden bei der Stowarsolanbehandlung öfter gesehen als bei einer Salvarsan-Wismut- oder Hg-Behandlung, indes sind dieselben leichter als bei letzterer Behandlung. *A. Jordan.*

Golossowker und *Zelitschew:* **Die Behandlung der Syphilis mit Stovarsol.** Westnik Sowremenki Medicini 1927. Nr. 18.

In 56 Fällen von Syphilis mit den verschiedensten Erscheinungen derselben erzielte Verf. erfreuliche Resultate durch insgesamt 4,0—60,0 Stovarsol, welche gut vertragen wurden. Gelegentlich kam es aber bei den Kranken zu verschiedenen Dermatosen urtikarieller und ekzematöser Natur, welche aber keine Unterbrechung der Kur benötigten. *A. Jordan.*

Perkel: **Ein Fall von mehrfachem Auftreten von Exanthemen mit nachfolgender Melanodermie bei Behandlung der Syphilis mit Stowarsolan.** Russkij Westnik Dermatologii 1927. Bd. 5. Nr. 5.

Während der Behandlung der 25jährigen Syphilitikerin mit Stowarsolan, innerlich, traten bei der Kranken 8mal Exantheme auf, von denen die ersten 6 den Charakter einer Exacerbation des ursprünglichen, syphilitischen Ausschlags an sich trugen, die beiden letzten dagegen als Toxicodermien angesehen werden mußten, da sie von anderen Zeichen einer

Digitized by Google

Intoxikation (Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerz) begleitet waren. Unter Chlorcalcium, intravenös, schwand der Ausschlag. *A. Jordan.*

P. Ravaut und *Bocage:* **Die Behandlung des Lupus erythematodes mit Novarsenobenzol. Resultate. Intoleranz. Serologie.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 12. 1926.

Verff. konnten bei 23 Kranken nur 17mal die Behandlung (10—12 Injektionen in 8tägigen Abständen) zu Ende führen (6 Kranke vertrugen sie nicht); sie erzielten 7mal völlige, 4mal fast völlige Heilung, 4mal bedeutende Besserung, 2mal keinen Erfolg. Sie empfehlen 2 Monate nach Schluß der Kur eine gleiche Behandlung. Die Einspritzungen wurden auffällig häufig schlecht vertragen; trotz verschiedener Versuche, das Mittel in anderer Weise aufzulösen, mußten sie in solchen Fällen die Behandlung abbrechen. Die Wa.-R. war 8mal unter 22 Beobachtungen positiv. *Zurhelle*-Bonn.

Krassowitow: **Zur Frage der NS-Anwendung bei Anthrax.** Kasavskij Medicinskij Journal 1927. Nr. 8.

Gleich verschiedenen anderen Autoren hat auch Verf. bei 4 Fällen von Anthrax durch einmalige intravenöse Injektion von 0,6 NS Heilung erzielt. Der 5. Fall ging ein, weil schon das Nervensystem mitbetroffen war.

A. Jordan.

Jadassohn: **Syphilisrückgang und Salvarsan.** Kl. W. 1926. Nr. 48. S. 2248.

Verf. veranstaltete eine Umfrage bei einer größeren Anzahl von kompetenten Fachärzten des Auslandes über die Frage des Syphilisrückganges und seiner Ursachen sowie über ihre jetzige Stellung zum Salvarsan.

Für das Salvarsan sprachen sich die meisten aus. In 14 Ländern hat die Syphilis zweifelsfrei abgenommen (Belgien, Dänemark, England, Finnland, Holland, Jugoslawien, Norwegen, Polen, Rumänien, Schweden, Schweiz, Spanien, Tschecho-Slowakei, Türkei). Die allermeisten Ärzte sind mit seltener Einmütigkeit der Ansicht, daß die Abnahme der Syphilis auf die Einführung bzw. die immer größere Verbreitung und die energische Verwertung der Salvarsanbehandlung zurückzuführen ist.

Hans Ritter-Berlin.

Joseph Schuhmacher, Berlin: **Worauf beruht die spezifisch spirillocide Wirkung des Salvarsans?** A. f. D. Bd. 149, S. 13—62.

Die Beziehungen zwischen Körperzelle und Salvarsan werden aus dem „Salvarsan-Kernbilde" geschlossen. Die Nucleinsäure stellt den einzigen Rezeptor des Leukozytenkerns für das Salvarsan dar. Die Hefezelle bindet er sowohl durch die Nucleinsäure wie durch das basische Eiweiß. Die Pallida, die völlig nucleinsäurefrei ist, bindet das Salvarsan lediglich an das basische Eiweiß (Lipoproteid).

Die lebende Zelle tritt mit den intakten Salvarsanmolekülen nicht in chemische Reaktion, wohl aber mit seinen Oxydationsprodukten. Die Umwandlungsprodukte des Salvarsans werden in erster Linie von den Spirochäten gebunden, so daß sich die sauerstoffraubende Wirkung des Arsens, die dadurch zustande kommt, daß sich das dreiwertige As unter Sauerstoffaufnahme zu fünfwertigen oxydiert, auch in erster Linie an den Spirochäten geltend macht. Optimal wirken die Arsenikalien basischer

Digitized by Google

Natur (fast ausnahmslos dreiwertiges As enthaltend), dagegen dystherapeutisch die Arsenikalien mit sauren Gruppen wegen ihrer geringen Lipoid- bzw. Lipoproteinlöslichkeit. *Hopf*-Hamburg.

N. Melczer u. *O. Dahmen*-Budapest: **Über die Wirkung des Neosalvarsans auf die Bildung der Immunkörper.** Derm. Woch. 1927. Bd. 84. Nr. 17.

Es sind ausgedehnte Untersuchungen über diese Frage angestellt worden. Verff. kommen zu dem Schluß, daß Neosalvarsan weder auf die Agglutinine, noch auf die Ambozeptoren bei Luetikern eine Wirkung ausübt. Die auftretenden Verschiebungen sind ganz geringfügig und bereits 24 Stunden nach der Injektion wieder verschwunden. Ebenso ist es mit der Veränderung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit. Es scheint also die intravenöse Verabfolgung von Neosalvarsan nur eine ätiotrope Wirkung hervorzurufen. *Krüger*-Sagan.

Schindler-Fulda: **Wider die „eine maximale Kur mit möglichst großen Einzeldosen und die maximale Frühbehandlung" als Ursache vermeidbarer Salvarsantodesfälle.** Derm. Woch. 1927. Bd. 84. Nr. 21.

Verf. wendet sich gegen die hauptsächlich von *Hoffmann* vertretene Anschauung der maximalen Frühbehandlung der Syphilis. Auf Grund eines Todesfalles, der nach 3,25 Silbersalvarsan bei einem seronegativem P.A. auftrat, vertritt er die Anschauung, daß auf die Konstitution des Kranken in der Dosierung mehr Rücksicht genommen wird und ihm nur gerade so viel Salvarsan verabfolgt wird, als nötig ist, um die Krankheit zur Ausheilung zu bringen. Es müßte in der Dosierung viel mehr individualisiert werden, als es heute allgemein üblich ist, um eine unnötige Gefährdung der Kranken zu verhindern. *Krüger*-Sagan.

W. Kolle: **Über Myosalvarsan, ein schmerzlos intramuskulär und subkutan injizierbares Salvarsanpräparat.** D. m. W. 1927. Nr. 12.

Verf. gelang es, in dem „Myosalvarsan", einem Formaldehyd-Sulfitsalvarsan, ein Salvarsanpräparat herzustellen, welches einen dem Neosalvarsan gleichen chemotherapeutischen Index besitzt und subkutan sowie intramuskulär injizierbar ist. Die intramuskuläre Injektion bleibt beim Menschen fast ohne jede unangenehme Reaktion, das Depot wird innerhalb weniger Tage restlos resorbiert. Es gelangt in der Dosis von 0,3, 0,45—0,6 mit 3—6tägigen Zwischenräumen in Gestalt von 8—12 Injektionen pro Kur zur Anwendung. Über die in der *Herxheimer*schen Klinik bisher beobachteten Erfahrungen mit diesem neuen Präparat sowie über die Ausscheidungsverhältnisse in Urin und Fäzes der mit Myosalvarsan behandelten Patienten wird später berichtet werden.

O. Dittrich-Kiel.

Noher: **Über Sulfoxylsalvarsan.** M. K. 1927. 4.

Verf. empfiehlt in allen Fällen, in denen es trotz eifrigstem Bemühens mit Salvarsan, Hg und Bi nicht gelingen will, den Wassermann negativ zu bekommen, es mit einigen 2—4 Injektionen von S. zu versuchen, und zwar je in Abständen einer Woche. Fall eines Kranken angegeben, der nach viermal S. Wa.R. ++++ Wassermann negativ wurde und bislang 4 Monate so blieb. *Siegfried*-Aachen.

Digitized by Google

A. Mibelli: **Asthma und Urtikaria als Folge intravenöser Injektionen eines Arsenobenzolpräparates.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 868.

Der 50jährige Patient *Mibellis*, Neuropathiker, mit einer Spätlues, der an leichter Aortenektasie und Asthma bronchiale litt, bekam während einer intravenösen Arsenobenzolbehandlung, während einer Periode relativer asthmatischer Ruhe, nach jeder Injektion eine urtikarielle Eruption, begleitet von einem Asthmaanfall; die Intensität der Erscheinungen und die Schnelligkeit ihres Auftretens nach der Injektion standen offenbar bis zu einem gewissen Grade in Beziehungen zur Injektionsdosis, und zwar in direkter Beziehung zur Intensität und im umgekehrten Verhältnis zu der Schnelligkeit, mit der die Nebenerscheinungen auftraten.

Der Verf. nimmt an, daß bei diesem Falle der den doppelten Anfall auslösende ätiologische Faktor eher der intravenösen Darreichung zuzuschreiben ist als der Qualität des Medikamentes selbst, und daß im allgemeinen, wo ein Zustand der Labilität des kolloidoklasischen Gleichgewichtes besteht, also die fundamentale Bedingung für das Auftreten der einzelnen Anfälle, diese Art der Einführung von Medikamenten in den Körper die Ursache eines kolloidoklasischen Schocks ist, dessen klinischer Ausdruck sich nach den eigenartigen Zuständen dieses oder jenes Systems, dieses oder jenes Organes richtet.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

H. Mühlpfordt: **Schwerer Schock nach Salluen.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 3.

Eine Stunde nach einer intravenösen Sallueneinspritzung entstand bei einem 22jährigen jungen Mädchen, das sich in der dritten antiluetischen Kur befand, ein schwerer Schock mit zahlreichen klonischen Krampfanfällen (erethischer Schock), der lebensbedrohliche Formen annahm und durch Aderlaß und Koffein bekämpft wurde. Verf. warnt auf Grund dieser Erfahrung vor der weiteren Anwendung des Salluens, eines Geheimmittels, das in 1 ccm 40 mg Bi und 5 mg As an einen nicht eiweißhaltigen Kolloidkomplex gebunden enthalten soll. *Weinstock*-Charlottenburg.

Samsonow: **Über die Toxizität der russischen NS.-Präparate.** Russkij Westnik Dermatologii 1927. Nr. 6.

Infolge zweier Todesfälle nach Gebrauch des russischen NS. (Novarsolan bzw. Novosalvarsans) stellte Verf. chemisch vergleichende Untersuchungen an, welche ergaben, daß das deutsche NS. sich beim Kochen gar nicht verändert, das russische Novarsolan mit einem grünlichen Bodensatz opalesziert, das russische Novosalvarsan in eine milchige Emulsion von gelblicher Farbe übergeht. Die russischen Präparate sind demnach nicht völlig identisch mit dem deutschen NS. *A. Jordan.*

L. Ginsburg: **Zur Frage der Behandlung der Salvarsandermatitis mit Röntgenstrahlen.** Russkij Westnik Dermatologii 1927. Nr. 2.

In 2 Fällen erzielte Verf. durch die Röntgenstrahlen ein gutes Resultat.

A. Jordan.

Markus: **Salvarsandermatitiden, ihre Prophylaxe und Therapie.** Klinitscheskoja Medicina 1926. Nr. 12.

Unter Beschreibung von zehn eigenen Beobachtungen von Hautausschlägen verschiedener Art nach Injektion von NS. berichtet Verf. über den heutigen Stand dieser Frage. *A. Jordan.*

Digitized by Google

Kellermann: **Die Ursachen der Salvarsanschäden.** M. K. 1926. 53.

Verf. sieht die alleinige Ursache obiger Schäden in Salvarsanzersetzung infolge des bräunlichen Wandbelages, der sich in häufig benutzten Salvarsanspritzen bildet. Daher peinlichste mechanische Reinigung aller mit Salvarsan gebrauchter Utensilien (Schlauch usw.), peinlichste Durchspülung mit destilliertem Wasser jedesmal nach Gebrauch. Vielleicht erklären sich Schäden nach Goldpräparaten ähnlich. (Aus Glasspritzen wenigstens läßt sich der schmierige Niederschlag leicht mit Salzsäure entfernen. Ref.)

Siegfried-Aachen.

Scholtz: **Salvarsanbehandlung und Salvarsanschäden.** M. K. 1927. 9.

Bemerkung zu Kellermanns Artikel über die Ursachen der Salvarsanschäden. M. K. 1926. 53.

Verf. verwendet seit 17 Jahren in seiner Klinik fast nur Altsalvarsan, bei dem er im Gegensatz zu *Kellermanns* Ansicht fast nie Schäden sah, weswegen er seine Therapie: 3 Injektionen von Altsalvarsan 0,3—0,3—0,2 beim ersten Schlag empfiehlt, beim zweiten und eventuellen dritten Schlag etwas weniger. Durch dieses Verfahren will er, vor dem Kriege wenigstens, bei primärer seropositiver und -negativer und frischer sekundärer Lues in 85 % Heilung mit einer Kur erzielt haben. Seitdem gibt er bei sekundärer Lues nach 8 Wochen noch einmal die gleiche, nur etwas milder dosierte Altsalvarsankur, während bei primärer Lues auch jetzt noch eine Kur genügen soll. *Siegfried*-Aachen.

H. Mühlpfordt-Allenstein: **Vermeidung von Salvarsanschäden ohne Herabsetzung der therapeutisch notwendigen Dosis.** Derm. Woch. 1926. Bd. 83. Nr. 52A.

Verf. läßt schon seit längerer Zeit während jeder Salvarsanbehandlung etwa 2—3 g Salzsäure pro Tag nehmen und erzielt damit eine gute Verträglichkeit auch größerer Einzeldosen. Die Wirkung dieser Therapie ist etwa so zu verstehen. Das Salvarsan reißt aus den Zellkernen den Sauerstoff an sich und führt dadurch zum Tode der Zelle oder, wenn die Schädigung nur vorübergehend war, zu einem wieder reparablen Schaden. Hierdurch wird der Säuregehalt der Zellen herabgesetzt und die zur Ernährung der Zellen notwendige Sauerstoffverbrennung verhindert. Daher muß man durch Säurezufuhr während der Salvarsankur die Ernährung der Zellen sicherstellen. Auch empfiehlt es sich, die Salvarsaninjektion möglichst zwischen zwei Mahlzeiten zu verabfolgen. *Krüger*-Sagan.

L. S. Sirota-Schitomir: **Über Salvarsanschädigungen.** Derm. Woch. Bd. 83. Nr. 52a.

Es werden zwei Fälle eingehend beschrieben. Im ersten handelt es sich um einen 22jährigen Mann, der vor etwa einem Jahre eine Lues akquiriert hatte und bisher drei Kuren mit Neosalvarsan und Hg. sal. gut vertragen hatte. Vor der vierten Kur war die Wa.-R. positiv und es bestand eine spezifische Alopezie. Nach der ersten Neosalvarsaninjektion (0,3) tritt ein stärkerer Ikterus auf. Während erst die Leber noch palpabel war, tritt in den nächsten Tagen an deren Stelle ein tympanitischer Schall auf, und es kommt am siebenten Tage unter den Erscheinungen einer akuten gelben Leberatrophie zum Exitus. Die Sektion ergibt neben der Verkleinerung und gelbbraunen Verfärbung der Leber an der Oberfläche mehrere eingezogene Narben, die wahrscheinlich von geheilten Gummen stammen.

Digitized by Google

Im zweiten Fall handelt es sich um einen 22jährigen Mann, der seit mehreren Monaten breite Kondylome und Plaques muqueuses im Munde hat. Er ist bisher nicht behandelt worden, leidet aber seit seiner Jugend an Epilepsie. Nach der dritten Neosalvarsaninjektion kommt es zu einem komatösen Zustand und 5 Tage später zum Exitus. Die Sektion ergibt, daß die Schädelknochen an vielen Stellen stark verdünnt sind; es bestehen ausgedehnte Verwachsungen zwischen Dura und Pia. Im Hirngewebe finden sich zahlreiche Hämorrhagien.

In beiden Fällen ist wohl nur eine indirekte schädigende Wirkung des Salvarsans anzunehmen, da in den hauptsächlich befallenen Organen schon durch andere Prozesse ein Locus minoris resistentiae geschaffen war.

Krüger-Sagan.

Hanschell: **Capillary permeability and dermatitis after Arsenobenzol injektion. (Kapillardurchlässigkeit und Dermatitis nach Arsenobenzolinjektion.)** The B. j. o. v. dis. 1926. 5.

20jähriger Seemann mit Schanker seit 10 Wochen und eiterndem linken Inguinalbubo, Wa.-R. negativ, bekommt aus Provokationsgründen 0,3 g Stabilarsan. 21 Tage hinterher starke porzellanene Schwellung beider Augenlider und häufig plötzlicher Blutandrang in verdickt erscheinender übriger Gesichtshaut. Trotz täglicher Injektion von 0,9 g Natr. thiosulphat Verschlimmerung zu eitriger Dermatitis mit platzenden Hautfalten. Bronchopneumonie. Delirien, Aussetzen des Herzens. Am Ende der 7. Woche erst wird bei anhebender Rekonvaleszenz Natr. thios. ausgesetzt. Fall besonders interessant wegen reichlichen Transsudats aus Kapillaren der geschwollenen Augenlider, wegen Ausbruchs erst nach 21 Tagen nach nur einer Arsenobenzolinjektion. Fall 2 ähnlich, nur daß Kapillartranssudat wenige Minuten nach Injektion schon auftrat ebenso wie flüchtiges Erythem des Gesichtes mit urtikariellen Knoten, welche Erscheinungen alle schon nach einer Stunde schwanden. Vielleicht ist Koma nach Arsenobenzol auch durch Exsudation zerebraler Kapillaren zu erklären. *Siegfried*-Aachen.

Ewins and *Everett:* **Comparative studies in organic arsenic derivates. (Vergleichende Studien der organischen Arsenderivate.)** The B. j. o. v. dis. 1927. 1.

Verf. haben es sich angelegen sein lassen, an 35 dem Salvarsan verwandte As-Präparate an Mäusen auszuprobieren, und zwar vorzüglich bei interner Verabreichung. Versuchstiere wurden mit Trypanosoma equiperdum infiziert. Versuchsanordnung genau angegeben. Benutzt wurden dreiwertige As-Zusammensetzungen, arsenige Säuren und dreiwertige Arsenverbindungen vom Typ: As = 0, As = Cl_2. Zu jeder Versuchsreihe Tabelle. Tabelle 4 vergleicht orale und subkutane Applikation, wobei sich ergibt, daß beide Wege gleichen kurativen Wert haben, und zwar gilt letzteres nur von den arsenigsauren Benzioxazinen, Verbindungen, die einerseits dem Stovarsol, andererseits den Tryparsamiden nahestehen. Erwünscht wäre eine weitere Durchforschung der zehn möglichen Isomeren des Stovarsols, da sie größeren Heilwert und geringere Toxizität gegen das Stovarsol selbst besitzen sollen. Weiter sollen zwei Benzisoxazinderivate der Tafel 4 Nerven weniger gefährlich sein. Die Arbeit, die einige chemische Vorbildung erfordert, will dem Laboratoriumsarbeiter Anregung für weiteres Forschen geben. 11 Literaturen. *Siegfried*-Aachen.

Digitized by Google

Suchareff: **Zur Wirkung des fälschlich, in konzentrierter Lösung intravenös injizierten Altsalvarsans.** Venerologia u. Dermatologia 1927. Nr. 3.

Einer Kranken wurden fälschlicherweise 0,6 Arsenobenzol Billon. welche sich gut in 10 ccm Wasser aufgelöst hatten, injiziert. Es traten am selben Tage Temperaturerhöhung, Schmerzen bei der Atmung, Übelkeit, Kopfschmerz auf; später eine Phlebitis der V. medians cubiti cephalica d. und der V. saphena magna d. auf. Erstere Erscheinungen besserten sich im Laufe der ersten Woche, die Phlebitis bestand noch bei Austritt der Kranken in der zweiten Woche nach der Injektion. *A. Jordan.*

G. Birnbaum (Hautklinik Würzburg): **Beiträge zur Frage des sogenannten „Salvarsanikterus".** A. f. D. Bd. 148. S. 44.

In den Jahren 1919—1924 kam unter etwa 1000 salvarsanbehandelten Syphilisfällen der Klinik 18mal Gelbsucht vor. 16 dieser Fälle konnten genau durchbeobachtet werden, und jeder einzelne wird vom Verf. einer eingehenden Epikrise unterworfen. Bei neun bringt er den Beweis rein syphilitischer Natur der Erkrankung, die vereinzelt durch verzettelte oder relativ überdosierte Salvarsanbehandlung ausgelöst sein kann. Fünf andere Fälle werden als epidemischer, septischer, katarrhalischer oder Gallensteinikterus unter zufälligem Zusammentreffen mit der Salvarsanbehandlung gedeutet. Es bleiben zwei Fälle von echtem Salvarsanfrühikterus übrig, bei denen gleichzeitig auch andere Salvarsanstörungen (Haut, Schleimhäute, Magen, Darm) sich zeigten; außerdem auch ein Frühikterus nach Salvarsanspritze bei einer Nichtsyphilitischen, wobei Verf. an die Provokation einer Cholezystitis bei latentem Mikrobismus denkt. Dieses auf Grund zahlreicher interessanter Einzelheiten in der Beurteilung jedes Falles gefundene Gesamtergebnis läßt den Verf. die Bezeichnung Salvarsanikterus nur dann anerkennen, wenn „Gelbsucht als Frühikterus unter gleichzeitigen anderweitigen Zeichen schlechter Verträglichkeit (Exanthem usw.) auftritt". *Sinn*-Aachen.

Judowitsch: **Ein Fall von Salvarsanspätikterus.** Venerologia u. Dermatologia 1926. Nr. 6.

Ein 33jähriger Kranker erhielt in der Zeit vom 28. Okt. bis 7. Jan. 1925 insgesamt 3,75 NS. und darauf vom 3. Febr. bis 10. März 1925 nochmals 2,7 NS. Am 24. April erkrankte er an Salvarsanikterus. *A. Jordan.*

Heinrich Ruge: **Ein Beitrag zur Gelbsuchtsfrage, einfache Gelbsucht und sogenannte Gelbsucht nach Salvarsan.** A. f. D. Bd. 149. S. 213.

Die Zahl der sogenannten Salvarsanikteri ist ebenso wie des epidemisch infektösen Ikterus in den Jahren 1919—1923 bei der Marine dauernd gestiegen. Die Ikterusfälle nach Salvarsan verliefen im allgemeinen etwas schwerer. Die Gelbsucht nach Salvarsan wird identifiziert mit der epidemischen Gelbsucht. Lues und Salvarsan treten als unterstützende, leberschädigende Faktoren hinzu. *Hopf*-Hamburg.

Ch. N. Frazier: **Purpuric vesiculobullous dermatitis, subsequent to intravenous injection of sodium thiosulfate. (Vesikulo-bullöse Dermatitis nach intravenöser Natriumthiosulfatinjektion.)** Peking. Journ. Americ. Med. Ass. 1927. Nr. 8.

Während sonst nur hin und wieder mal nach intravenöser Verabreichung von Natriumthiosulfat bei Salvarsandermatitiden eine leichte, vorüber-

Digitized by Google

gehende Temperatursteigerung auftreten kann, im übrigen das Mittel aber sehr gut vertragen wird, konnte Verf. in 2 Fällen als Folge eine bullöse Dermatitis beobachten. Der erste Patient erhielt 2mal (0,4 und 0,5 g) Natriumthiosulfat, der zweite nur einmal 0,2 g. Bei Fall 1 zeigte sich außer der Dermatitis eine Bronchopneumonie mit pleuritischem Erguß, ferner eine leichte Hämaturie. Andere Fälle, die ebenfalls mit Natriumthiosulfat behandelt worden waren, wiesen eine sehr schnelle Abheilung der Salvarsandermatitis auf. Die Dosen betrugen 0,2—0,6 g in 10 ccm Aqua bidest. Die Herstellung der Lösungen war in allen Fällen einwandfrei.

Röntz-Bonn.

H. B. Haag and *W. R. Bond:* **Value of sodium Thiosulphate in Poisonig from oral administration of arsenic. (Wert des Natriumthiosulfats bei oral erzeugter Arsenvergiftung.)** Richmond. Journ. Americ. Med. Ass. 1927. Nr. 16.

Wenn auch die Erfolge von intravenösen Natriumthiosulfatinjektionen bei Salvarsandermatitiden zufriedenstellend sind, so gelang es doch nicht *Haag* und *Bond*, durch dasselbe Medikament bei oral erzeugter Arsenvergiftung gleiches zu erzielen. Sie führten ihre Versuche bei nüchternen Hunden aus, die große Gaben von *Fowler*scher Lösung per os erhielten und unmittelbar hinterher mit oralen bzw. intravenösen Natriumthiosulfatdosen behandelt wurden. Im Gegenteil, die Mortalitätsziffer war höher als die der Kontrolltiere. Außerdem wird die geringe Giftigkeit des Natriumthiosulfats betont. 2,5 g des Salzes pro Kilogramm Körpergewicht in 50%igen Lösungen wurden noch gut von den Tieren intravenös vertragen.

Röntz-Bonn.

Smeloff: **Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Triparsols auf die Erscheinungen der Syphilis und auf die Wa.R.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 3.

Auf Grund von 17, mit Triparsol behandelten Fällen von Syphilis kam der Verf. zu der Überzeugung, daß das Triparsol viel langsamer als NS. auf die klinischen Erscheinungen der Syphilis, wie auf die Wa.R. einwirkt.

A. Jordan.

Multza: **Malariabehandlung der Syphilis.** Kl.W. 1926. Nr. 50. S. 2347—49.

Die Behandlung der Syphilis mit Malaria verdient in ärztlichen Kreisen die weiteste Beachtung. Einer Malariabehandlung können nach Ansicht des Verf. alle Fälle von Syphilis unterzogen werden, besonders aber jene ältere Lues, bei denen eine hartnäckige positive Wa.-R. im Blut und pathologische Liquorveränderungen vorliegen. Als Kontraindikation für die Malariabehandlung gelten Herzfehler, Tuberkulose und nichtsyphilitische Nierenleiden. Verf. beschreibt genau die Technik der Malariaimpfung und teilt recht zufriedenstellende Erfolge derselben mit. Er spricht sich gegen eine Malariabehandlung der primären Lues aus. *Hans Ritter*-Berlin.

G. Scherber-Wien: **Die Wirkung der spezifischen Therapie und der Malaria an sich und der Kombination beider auf die Syphilis, die Beziehungen zwischen der Syphilis und anderen fieberhaften Erkrankungen, wie die Wertung der bei der Malariatherapie zu beobachtenden Rezidive.** Wien. klin. Woch. 1926. Nr. 46.

Die durch Impfung hervorgerufene Malaria ist mehr wie andere Fiebermittel imstande, eine eigentümliche, förmlich spezifische Wirkung auf die

Digitized by Google

syphilitischen Krankheitsherde, besonders das Nervensystem, auszuüben. Es kommt dabei in manchen Fällen direkt zu einer Resorption von Krankheitsherden des Parenchyms. Trotzdem ist großer Wert auf die intensive Vor- und Nachbehandlung mit Salvarsan und Wismut zu legen, weil nur dadurch der optimale Effekt zu erzielen ist. Diese kombinierte Behandlung ist anzuwenden bei allen liquorpositiven Fällen, und falls es nicht gelingt, nach einer Kur eine wesentliche Besserung des Liquors zu erzielen, so muß sie noch mehrmals wiederholt werden. Denn gerade die Hartnäckigkeit des positiven Liquorbefundes legt den Verdacht nahe, daß es sich um Menschen handelt, die prädestiniert zu einer Paralyse sind.

Krüger-Sagan.

Hanschell: **Notes on Malaria in the treatment of general Paralysis of the insane. (Bemerkungen über die Malariabehandlung bei allgemeiner Paralyse Geisteskranker.)** The British J. of ven. dis. Juli 1926.

Angewandt Plasmodium vivax (gutartige Tertiana), aber nur, wenn Sicherheit gegeben, daß keine Verunreinigung mit Plasmodium falciparum (bösartige Subtertiana) vorliegt. Ein reiner Stamm von Pl. vivax behält seinen morphologischen und biologischen Charakter jahrelang unverändert bei. Inkubation bei intravenöser Einverleibung 4—8 Tage, 6—31 Tage bei subkutaner und 10—16 Tage bei Hautskarifikation. Inkubation bei Sporozoitenübertragung durch Anophelesbiß 12—21 Tage. Manche der Parasiten müssen geschlechtslose Trophozoiten sein. Parthenogenese gibt es bei den Gametozyten nicht. Nach 10—12 Fieberattacken intern Chinin. Chinin intravenös nur bei Komatösen. Interessant ist, daß Salvarsan einerseits bei alten „etablierten" Malariafällen Fieberausbruch mit Auftreten des Pl. vivax oder Falziparum veranlassen kann, während es bei Impfmalaria, also nicht „etablierter" Malaria, als fieberkupierend sich erweisen mag. Bei Blutübertragung besteht Gefahr, daß Angehörige später möglicherweise Schadenersatzansprüche stellen können, wegen „Vergiftung" mit unreinem Blut und vermeintlichen Folgen. Chinin tötete im Blutschrank dem infizierten Blute zugesetzt keine Malariaparasiten, auch nicht in größter Konzentration, es wirkt demnach nicht direkt im Malariakranken. Also ein Analogon vielleicht zu Salvarsan und Spirochäte. Fußgangrän nach Malaria bei Diabetikern und Malariaamblyopie heilten nach Chinin. Malariainfizierte sind ungefährlich für Umgebung, können aber wohl Anophelesmücken infizieren, die heute in England nicht mehr selten sind. 26 Literaturen.

Siegfried-Aachen.

E. Delbanco-Hamburg: **Zur Malariabehandlung der Frühsyphilis.** Derm. Woch. 1927. Bd. 84. Nr. 19.

Die Malariabehandlung der Frühsyphilis ist bis heute noch nicht so weit erforscht, daß sie schon Allgemeingut der Ärzte werden könnte. Es sind noch allerhand Gefahrenmomente vorhanden, und eventuell können dieselben Resultate durch einfachere und ungefährlichere Methoden erzielt werden. Erfolge mit Saprovitan sind vorhanden und vielversprechend. Der wesentliche Faktor der unspezifischen Therapie beruht wohl in einer Aktivierung der Milz und in einer durch die künstliche Anämie erzeugten starken Blutregeneration. Hierdurch wird der Kampf gegen die Spirochäta pallida mit verstärkten Waffen im Organismus wieder aufgenommen.

Krüger-Sagan.

Digitized by Google

E. Martini-Hamburg: **Zur Malariabehandlung der Frühsyphilis.** Derm. Woch. 1927. Bd. 84. Nr. 19.

Vom Standpunkt des Hygienikers aus ist es bis heute noch in keiner Weise bewiesen, daß die Impfmalariastämme nach mehreren Passagen wirklich gametenfrei sind. Die Übertragungsversuche durch Mücken und ihr negativer Ausfall sind nicht als sicher beweiskräftig anzusehen. Es ist eine große Vorsicht am Platze, um nicht die Umgebung des Kranken stark zu gefährden. Bei den noch immer zahlreichen Fällen von frischer Lues dürfte die allgemeine Behandlung mit Malariaimpfung nicht am Platze sein, weil die Impfmalaria nicht mit völliger Sicherheit zu heilen ist und eine dauernde Beobachtung der großen Krankenzahl völlig unmöglich ist. Der Heilwert der Malaria auf die Syphilis ist auch noch nicht eindeutig geklärt. *Krüger*-Sagan.

O. Fischer-Hamburg: **Zur Malariabehandlung der Syphilis.** Derm. Woch. 1927. Bd. 84. Nr. 19.

Zur Impfung sollen möglichst nur Tertianastämme verwandt werden, am besten auch nicht von frischen Infektionen, weil sich nicht das Vorhandensein von Tropikaparasiten trotz häufiger Untersuchung ausschließen läßt. Die Kontraindikationen sind neben den bekannten Gründen eine erhebliche Anämie (Herabsetzung des Hämoglobinwertes unter 50 %) und Idiosynkrasie gegen Chinin. Vor der Impfung ist durch Verabfolgung von Chinin dessen Verträglichkeit zu prüfen. Einen sicheren Beweis bietet die Verträglichkeit vor der Impfung auch nicht. Plasmochin hilft in einzelnen Fällen über die Schwierigkeiten hinweg. Unterbrochen muß die Fieberperiode sofort werden bei Ikterus, bei einer plötzlich auftretenden Vermehrung der Parasiten und bei einer Milzruptur. Großer Wert ist auf die abschließende Chininbehandlung zu legen, um nach Möglichkeit jedes Rezidiv auszuschließen. Wenn auch bisher noch kein Fall einer Übertragung der Impfmalaria durch Anophelesmücken bekannt ist, so ist größte Vorsicht am Platze, weil wohl überall in Deutschland Anophelesmücken vorhanden sind. Die Malariabehandlung der Syphilis ist nur in einer Klinik durchzuführen. *Krüger*-Sagan.

Wainstein u. *Golossowker:* **Zur Infektionsfiebertherapie der Syphilis im frühen Stadium.** Venerologia u. Dermatologia. 1926. Nr. 6.

Die Verff. sahen in einigen Fällen von Syphilis im Primär- und beginnenden Sekundärstadium allein durch Malaria- bzw. Rekurrensüberimpfung Schwund der klinischen Erscheinungen. *A. Jordan.*

F. Bering: **Indikation zur Malariabehandlung der Früh-Lues.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 48.

Verf. erhebt die unbedingte Forderung, daß bei Abschluß einer guten Behandlung, etwa am Schlusse des zweiten Jahres nach der Luesinfektion, eine Liquoruntersuchung anzustellen sei. Jeder positive Liquorbefund bietet eine ernste Prognose in bezug auf eine Erkrankung des Zentralnervensystems. Deshalb hat der Autor diese Kranken, bisher 460 Fälle, der Malariabehandlung zugeführt, die eine bessere Einwirkung auf die Sanierung des Liquors zeigt als eine kombinierte Hg-Bi-Salvarsanbehandlung. Den besten Erfolg erzielt man mit einer Vorbehandlung mit Bi, dann Malariakur und Nachbehandlung mit Salvarsan.

Weinstock-Charlottenburg.

Digitized by Google

C. Petranich: **Die Malariabehandlung der Syphilis.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 826.

Petranich hat die Malariabehandlung der Syphilis bei 47 Patienten angewendet, und zwar bei Fällen von früher oder später Syphilis mit spezifischen Veränderungen des Lumbalpunktats und bei einigen Fällen, die sich serologisch und klinisch-refraktär gegen eine wiederholte und energische Behandlung erwiesen hatten. Erst weitere Erfahrungen werden den Wert dieser Behandlung ins rechte Licht zu stellen gestatten. Die Impfmalaria verläuft im allgemeinen milde; es fehlen Milzschwellungen und Rezidive; auch während des Anfalls sind nur wenige, sehr pigmentarme Plasmodien mit keiner oder geringer Fähigkeit, Gameten zu produzieren, zu finden; es besteht eine erstaunliche Hypersensibilität der Impfmalaria gegen das Chinin, welches zu völliger Heilung führt. Die Impfmalaria hinterläßt keine dauernde Immunität für eine neue Infektion. Die Impfmalaria läßt sich nicht auf Anopheles übertragen.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Ludwig Horn: **Zur Metalues-Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der Malaria- und Rekurrenstherapie.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 47.

Verf. teilt die Ergebnisse einer therapeutischen Versuchsreihe von je 33 Fällen mit, die zu dem Zwecke durchgeführt wurde, um ein Urteil über das Ausmaß der Wirkung der Malariatherapie einerseits und der Rekurrenstherapie andererseits zu erlangen. Sowohl die Malaria- wie die Rekurrenskur wurde mit einer Neosalvarsankur verbunden. Es zeigte sich, daß durch die Rekurrenstherapie vor allem bedeutend weniger vollkommene Remissionen zu erzielen sind als mit der Malariatherapie. Im selben Verhältnis drückt sich die verminderte Wirksamkeit der Rekurrens- gegenüber der Malariatherapie auch in der höheren Zahl der unbeeinflußten Fälle aus. Immerhin enthält die Rekurrenstherapie ein wirksames therapeutisches Agens, denn eine beträchtliche Anzahl der Paralytiker remittierte. Die Remissionen bei der Rekurrenstherapie machten erst längere Zeit nach der Behandlung bemerkenswerte Fortschritte, was wahrscheinlich an dem sehr langsamen Verschwinden der Spirochäte Duttoni aus dem Gehirn liegt.

Bei der Rekurrenstherapie zeigten sich serologisch unmittelbar nach der Behandlung ganz außergewöhnliche Zell- und Eiweißzahlen, sowie die Bildung eines Fadengerinnsels im Liquor als Ausdruck einer besonders starken meningealen Reizung. Bei der Malariakur findet man dagegen unmittelbar nach der Behandlung ein schlagartiges Zurückgehen der Zellzahl- und Eiweißwerte oft bis zur Norm.

Weinstock-Charlottenburg.

P. A. O'Leary, W. H. Goeckermann u. *St. T. Parker:* **Treatment of Neurosyphilis by Malaria; a preliminary report. (Die Malariabehandlung der Neurosyphilis; vorläufige Mitteilung.)** Arch. of Derm. and Syph. Bd. 13. H. 3. S. 26.

Bericht über die Malariabehandlung von 35 Patienten mit Neurosyphilis. Mit der Malariatherapie sind besonders bei Paralyse weit bessere Erfolge zu erzielen als mit irgendeiner anderen Behandlungsmethode. Das Patientenmaterial muß bei dieser eingreifenden Therapie sorgfältig ausgewählt werden, und sie ist nur möglich bei Krankenhausbehandlung mit sorgfältiger Pflege. Nach einer zehnmonatlichen Beobachtung zeigten

Digitized by Google

von 24 Patienten mit Paralyse 25% eine vollständige Remission, so daß sie ihren früheren Beruf wieder ergreifen konnten; 37% zeigten eine wesentliche Besserung; zwei Patienten starben, der eine an Malaria, der andere 6 Monate nach der Kur an Krämpfen. Keinen Einfluß hat die Malariatherapie auf Optikusatrophie oder gastrische Krisen; Blut- und Liquorreaktionen waren nach 10 Monaten noch unverändert.

G. H. Klövekorn-Bonn.

T. Judin: **Beobachtungen über die Behandlung der progressiven Paralyse mittels Kulturen von Spirochaeta Obermeier.** Kasanskij Medicinskij Journal. 1927. Nr. 6/7. (Russisch.)

Die Behandlung der progressiven Paralyse mittels Impfung mit Laboratoriumskulturen von Spirochaeta Obermeier ergab in einer freilich kleinen Anzahl von Fällen bemerkenswerte Resultate. Unter den 10 Fällen traten bei fünf deutliche Remissionen der progressiven Paralyse ein; ein Fall entzog sich leider der Beobachtung, in einem Fall schlug die Impfung fehl, drei Fälle gingen ein. Autor erklärt die Todesfälle durch die zu Beginn zu stark verwandte Dosis, nämlich 1,5—2,0 ccm der Kultur, während es sich später erwies, daß Impfungen mit 0,2—0,3 ccm der Kultur sehr wenig belästigende und gut wirkende Rekurrensanfälle hervorriefen, von denen 3 Anfälle vollkommen genügen. Das Rückfallfieber wird durch NS. vollkommen behoben. *A. Jordan.*

S. B. Hadden and *G. Wilson:* **Tryparsamide in the treatment of general paralysis. (Behandlung der Paralyse mit Tryparsamide.)** Philadelphia. Journ. Americ. Med. Ass. 1927. Nr. 7.

Das schon 1919 von *Jakob* und *Heidelberger* angegebene Tryparsamide wurde von den Verff. bei Paralytikern angewandt. Die Erfolge waren zufriedenstellend. Von 52 behandelten Patienten stehen noch 22 mit den Verff. in Verbindung, die alle Wohlbefinden erkennen lassen. Nach den Kuren hob sich der Allgemeinzustand, ferner traten auf Gewichtszunahme, Besserung der Sprache und Nachlassen des Tremors. Schädliche Nebenwirkungen waren recht selten. *Röntz*-Bonn.

I. R. Driver, John A. Gammel and *I. J. Karnosh:* **Malaria Treatment of Central Nervous System Syphilis. (Lues des Zentralnervensystems und Malariabehandlung.)** Cleveland. Journ. Am. med. Ass. 1926. Nr. 22.

Nach Besprechung der bisher in der Literatur erschienenen Veröffentlichungen über Malariatherapie geben die Verff. einen ausführlichen Bericht über die Erfolge, die sie im Lakeside Hospital und im Cleveland City Hospital von Mai 1925 bis 15. März 1926 erzielt haben. Im ganzen wurden 79 Patienten mit Malaria behandelt. Die Übertragung wurde durch intravenöse Blutinjektionen ohne vorherige Blutgruppenbestimmung vorgenommen. Die Blutentnahmen geschahen meist in der anfallsfreien Zeit, wurden aber auch hin und wieder während des Fiebers ausgeführt. Irgendwelche Schädigungen durch die Malaria selbst wurden kaum beobachtet. Nur wo es galt, den Stamm zu erhalten, infizierte man zur Zeitstreckung durch intramuskuläre Injektionen. Meist wurde nach 12—16 Anfällen die Kur durch orale Chiningaben abgebrochen. Letzteres zeigte sich im allgemeinen bekömmlicher, da intravenöse Chininzufuhr oft mit Schockwirkung verbunden war. Eine sekundäre Anämie wurde oft beobachtet, jedoch trat später wieder ein Ausgleich ein. Die Malariakur soll unter-

Digitized by Google

brochen werden: 1. bei Harnstoffvermehrung im Blut über 70 mg%, 2. bei Sinken des Blutdrucks auf 95 mm im Intervall, 3. bei starkem Ikterus, 4. wenn die Erythrozytenzahl unter 2000000 sinkt, 5. wenn Brechdurchfall, Marasmus, Enzephalitis, Meningitis, Sepsis oder Pneumonie hinzutritt. Wichtig ist ferner, daß der Malariakur unmittelbar eine energische, antiluetische Kur folgt. Es wurden folgende Resultate erzielt: 1. 31 allgemeine Paralysen: davon 8 sehr gebessert, 8 leicht gebessert, 4 mäßig gebessert, 7 Fälle nicht gebessert; 2. 13 Taboparalysen: davon 3 erheblich gebessert, 3 sichtlich gebessert, 3 leicht gebessert, 4 nicht gebessert, einmal trat Exitus ein; 3. 2 jugendliche Paralysen: davon nur einer leicht gebessert; 4. 12 Tabes-dorsalis-Fälle: davon 3 erheblich gebessert, 4 leicht gebessert, 2 mäßig gebessert, 2 nicht gebessert; 5. 7 Fälle mit Lues cerebrospinalis: davon 5 ohne subjektive Symptome. Hier war nach der Malariakur die Wa.-R. im Liquor nicht gebessert, doch zeigte die Zellzahl einen deutlichen Rückgang, desgleichen war der Gehalt an Globulinen zur Norm zurückgekehrt. Auch die Goldsolkurve hatte sich erheblich zugunsten der Patienten verändert. *Röntz*-Bonn.

Walter Freeman: **Malaria treatment of General Paralysis (Histopathologic observations in fifteen cases). (Malaria-Behandlung der progressiven Paralyse [Histopathologische Beobachtungen bei 15 Fällen].)** Journ. Americ. Med. Ass. 88. 14.

Die therapeutische Wirkung der Malariabehandlung besteht in einer sehr schnellen Organisation des entzündlichen Exsudates in den Meningen und in der Umgebung der Blutgefäße. Im Verlauf der folgenden Monate findet eine allmähliche Resorption der Exsudate und eine Rückbildung des Glia- und Granulationsgewebes statt. Schließlich kommt es zu einer fast völligen Wiederherstellung der Rindenarchitektur. Spirochätenbefunde konnten dann nicht mehr erhoben werden. Auf Grund seiner an 15 Fällen erhobenen Befunde kommt *Freeman* zu dem Schluß, daß man nicht nur Remissionen, sondern sogar endgültige Heilungen durch die Malariabehandlung erzielen könne. Das anatomische Bild wich bis auf eine gewisse Verminderung in der Zahl der Kortikalneurone kaum vom Normalen ab. Bei einem Fall von Paralyse, der erst nach 4jähriger Dauer mit Tertiana behandelt wurde, trat ein vollkommener anatomischer Stillstand ohne jede Besserung des klinischen Bildes ein; daraus geht die Notwendigkeit der Frühbehandlung hervor. *Theissing*-Bonn.

Brandenburg: **Beobachtungen über Malariabehandlung der Paralyse.** M. K. 1927. 10.

Verf. bediente sich eines Malariastammes, der täglich Fieberanfälle hervorruft. Der Erfolg der Kur ist um so besser, je mehr vorher der Kranke durch die Fieberanfälle mitgenommen wurde, es ist sogar ein gewisser Marasmus das erstrebenswerte Ziel. Frische Fälle reagieren günstiger als ältere. Versagt hat juvenile Paralyse. Behandelt 150 Fälle. Todesfälle etwa 17%, gebessert 43%, ungeheilt 40%. Auch hier ergab sich günstige Beeinflussung der tabischen Krisen und auch eine Neuritis optica erwies sich sehr dankbar. Zu warnen ist auch hier wieder, Schwangere der Malariakur zu unterziehen, wofür eine instruktive Kasuistik beigegeben. Immerhin wird die Schwangerschaft als solche nicht weiter beeinflußt, auch nicht nach 22 Schüttelfrösten, wie es hier der Fall war.
Siegfried-Aachen.

Digitized by Google

Plehn: **Behandlung der progressiven Paralyse mit Malaria tropica.** M. Kl. 1927. 28.

Verf. schließt: „Die Paralysebehandlung mit Tropika verspricht selbst dann noch Erfolg, wenn Tertiana versagte. Bei richtiger Anwendung ist Tropika nicht gefährlicher als Tertiana." Um die Gefahr der Tropika, der auch viele Späterkrankungen, wie Pneumonie, Darmerkrankungen, Parotitis und besonders Hautgangrän, zur Last zu legen sind, abzuschwächen, ließ Verf. die Tropika kupieren, sobald die infizierten Erythrozyten im Ausstrichpräparat mehr als 10% betrugen, falls zweite Untersuchung nach 8—10 Stunden nicht schon spontanen Rückgang zeigte. Niedriger Blutdruck an sich ist keine Kontraindikation gegen Weiterbestehenlassen des Fiebers, eher eine Selbsthilfe des Organismus zur Herzentlassung. Später ließ Verf. das Erstlingsfieber, das ja das gefährlichere ist, sehr früh grundsätzlich kupieren. Rezidive wurden, falls sie sich über 18 Tage verzögerten, durch Milzbestrahlung und Velotrapp provoziert. Auch nach Neuinfektion zeigt Erkrankung nur Charakter eines Rezidives. Somit kann man also schlimmstenfalls mehrere Male neuinfizieren. Zu überlegen wäre auch, ob man nicht das Erstlingsfieber mildern könnte durch gleichzeitige kleine Chiningaben bei Infektion. Mortalität soll nicht größer sein als bei Tertiana (12—18%), dagegen sollen obige sekundäre Komplikationen bei Tropika wesentlich seltener sein. Tropika bietet auch noch den Vorteil, daß sie durch Kupierung in Latenz übergeführt und durch Rezidivprophylaxe in ihr erhalten bleibt, während bei Tertiana nach Kupierung die Sterilisatio magna erreicht wird. Somit stellen die Tropikageimpften immer wieder monatelang Parasitenspender dar, bis die Tropika endlich spontan nach längerer Zeit erlischt. Tropika wirkt nach Verf. schneller und energischer als Tertiana, was mit beiden Stämmen nacheinander Geimpfte bewiesen. Somit scheinen Stärke und Dauer der Infektion für Erfolg wichtiger zu sein als hohes Fieber. Vorläufig aber fehlen noch genügend zahlreiche Fälle, um darauf eine überzeugende Statistik aufzubauen. Immerhin erwähnt Verf. einige. *Siegfried*-Aachen.

B. Spiethoff: **Die Kupierung der Impfmalaria durch Salvarsan und Spirozid.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 53.

Verf. kupiert die Impfmalaria durch Salvarsan oder Spirozid, die das Herz weniger belasten als Chinin. Bei der Malariabehandlung unter dem Bilde der Quotidiana werden an je zwei aufeinanderfolgenden Tagen je eine Injektion von Neosalvarsan 0,45 verabreicht, beim Tertianatypus 2 Injektionen mit einem Intervall von 2—3mal 24 Stunden. Männer erhalten 4 Tabletten Spirozid, Frauen 3 Tabletten; nach 8 Stunden Wiederholung der Gabe, dann die weiteren Gaben in Pausen von 24 Stunden, morgens nüchtern im Turnus von 7 Tagen und 4 Tagen Pause. Zwei Touren Spirozid genügen zur Kupierung der Impfmalaria.

Weinstock-Charlottenburg.

Digitized by Google

Buchbesprechungen.

Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Band XV, erster Teil. *Morphologie und Biologie der Spirochaeta pallida.* Bearbeitet von *Erich Hoffmann* und *Edmund Hofmann. Experimentelle Syphilis.* Bearbeitet von *Paul Mulzer.* Berlin 1927. Julius Springer.

Der vorliegende stattliche Band ist ein Werk *Erich Hoffmanns* und zweier seiner Schüler. Es ist als ein großes Glück für die gesamte Syphilisforschung zu bezeichnen, daß nach *Schaudinns* allzu frühem Tode der Mitentdecker des Syphiliserregers, *Erich Hoffmann*, im ersten Abschnitt mit *Edm. Hofmann*, die zusammenfassende Übersicht der Spirochätenforschung hat geben können. Zu allen Zeiten wird man diese Darstellung der Entdeckung des Syphiliserregers und die Ausführungen über die ätiologische Bedeutung der Pallida mit besonderem Interesse lesen. Die bei *Hoffmann* selbstverständliche souveräne Beherrschung der Materie kommt sowohl in dem zum Ausdruck, was an positiv Gesichertem mit klarer Prägnanz dargestellt wird, wie in der meisterhaften Beschränkung, mit der noch Unklares und Unsicheres oder nur Vermutetes als solches gekennzeichnet wird, wofür namentlich die Ausführungen über die chemische Struktur des Spirochätenleibes Zeugnis ablegen. Zwanzig Seiten umfaßt die Darstellung der Lebensäußerungen der Pallida. Ein ausgezeichnetes Bildmaterial nicht nur aus dem *Hoffmann*schen Atlas, sondern auch aus *Schaudinns* Nachlaß, *Meirowskys* bekannten Arbeiten, Bilder von *Saphier* und *Edmund Hofmann* illustrieren die Darstellung, welche die höchst schwierigen Verhältnisse mit klarer Objektivität zusammenfaßt. In dem Abschnitt „Das Verhalten der Pallida im Organismus" sind bereits die neuen Arbeiten von *Kolle, Armuzzi, Strempel* und *Zurhelle* berücksichtigt. Die Frage der Leicheninfektion mit Syphilis, von *Hoffmann* selbst neuerdings zum Gegenstand eingehender Untersuchungen gemacht, ist in dem Abschnitt über Beeinflussung durch chemische und physikalische Agentien abgehandelt. Was die Systematik angeht, so zeigen auch die neueren Untersuchungen, daß die von *Erich Hoffmann* schon 1906 geäußerte Ansicht, daß die Spirochäte eine „Mittelstellung" zwischen Protozoen und Bakterien einnehme, auch heute noch den vorliegenden Tatsachen am besten gerecht wird. Von hervorragender praktischer Bedeutung für die Syphilisbekämpfung ist die Darstellung der Untersuchungsmethoden, auch hier wieder mit hervorragenden Illustrationen versehen. Sehr lehrreich z. B. sind die bunten Bilder: Pallida mit Osmofuchsinfärbung, Pallida im Leuchtbild, Pallida im Zentrifugat von Liquorkoagulum. Die Bedeutung der Spirochaete pallida für die Diagnose, Forschung und Therapie wird am Schluß der Arbeit behandelt. Gerade diese Ausführungen sollten in der Praxis besondere Berücksichtigung finden. *Hoffmann* schließt mit den Worten, daß die Ausrottung der Syphilis, von *Ehrlich* angestrebt, jetzt in den Bereich der Möglichkeit gerückt und wohl schneller erreichbar ist, als man heute meist noch annimmt". Im ganzen betrachtet haben *Erich Hoffmann* und *Edmund Hofmann* in dieser Arbeit eine so grundlegende Zusammenfassung erstellt, daß jeder, welcher sich mit Syphilis beschäftigt, in ihr eine maßgebende Hilfe finden wird; so wie für das gesamte Gebiet der pathogenen Spirochätosis etwa *Noguchis* große Zusammenfassung vom Jahre 1917 sie darstellt. Meister und Meisterschüler lassen nicht nur die große Entdeckung wieder vor uns erstehen, sie geben nicht nur ein plastisches Gesamtbild der mühevollen Kleinarbeit der Gegenwart, sondern sie weisen auch der Forschung neue Wege in die Zukunft, denen der Erfolg nicht versagt bleiben möge.

Digitized by Google

Im zweiten Abschnitt gibt *Paul Mulzer* auf etwa 300 Seiten eine umfassende Darstellung unserer Kenntnisse auf dem Gebiet der experimentellen oder Tiersyphilis. Bei dem hervorragenden Anteil, den der Verfasser durch seine vielfach grundlegenden Arbeiten an dem fraglichen Gebiete hat, ist eine Darstellung von ungemeiner Reichhaltigkeit entstanden. Die Illustration ist ausgezeichnet nicht nur in dem klinischen Teil, sondern auch deswegen besonders lehrreich, weil vielfach die Technik der Untersuchungsmethoden reihenbildartig wiedergegeben ist. Der erste Teil der Arbeit behandelt die Technik der Syphilisübertragung auf verschiedene Tiere, Klinik und Histopathologie der Syphilisformen des Kaninchens, die Frage der Paralyse-Enzephalitis, die experimentell hervorgerufene kongenitale Syphilis, die Permeabilität der Plazenta und die Tierimpfung mit Kulturspirochäten. Im zweiten Teil wird zunächst das Problem der Durchseuchung geschildert, gerade auf dem Gebiet der Reinfektion und Superinfektion ist durch die neuen Arbeiten Licht auf bisher unklare Vorgänge geworfen. Der *Ebersons*che Versuch erfährt eine eingehende Darstellung. Die Infektiosität syphilitischer Produkte wie auch der Sekrete Syphilitischer findet eine eingehende Würdigung. Die tierexperimentelle Prüfung ist von besonderer praktischer Bedeutung. Vom Atoxyl bis zum Antimon und Wismut hat sich die tierexperimentelle Forschung als eine der wichtigsten Grundlagen für das Auffinden und die kritische Beurteilung der Spezifika mit Rücksicht auf die menschliche Therapie erwiesen. In dieser Hinsicht ist auch von besonderem Interesse die historische Darstellung der Einführung von Arsenverbindungen in die Chemotherapie der sogenannten Spirillosen durch *Uhlenhuth* und seine Mitarbeiter, welche damit die Grundlagen für die große Entdeckung von *Ehrlich* gelegt haben. Der dritte Teil der Arbeit handelt von der originären Kaninchenspirochätose. *Mulzers* schon auf dem Münchener Kongreß geäußerte Ansicht, daß die Fehlerquellen, welche durch diese Erkrankung in der Beurteilung tierexperimenteller Syphilisfragen auftreten können, bei genügender Aufmerksamkeit und Kenntnis, insbesondere auch des klinischen Bildes der experimentellen Kaninchensyphilis, mit praktisch genügender Sicherheit auszuschalten seien, hat sich inzwischen als richtig durchgesetzt. Am Schluß der Arbeit befindet sich ein Literaturverzeichnis, das auf 12 enggedruckten Seiten die zitierten Arbeiten zusammenfaßt. — Die Lektüre der *Mulzer*schen Arbeit — ein grundlegendes Werk für sich — zeigt in ihrer eindringlichen Klarheit, daß die „Kaninchensyphilis" nicht nur für die Auffindung und Erprobung neuer Heilmittel ein unentbehrliches Hilfsmittel darstellt, sondern daß auch die theoretische Erforschung und Erkennung der menschlichen Lues in dem Tierexperiment eine ihrer tragfähigsten Grundlagen hat. *F. W. Oelze* (Leipzig).

J. Jadassohn: *Edmund Lessers Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.* Vierzehnte, vollständig neu bearbeitete Auflage. 2. Band. Geschlechtskrankheiten. Mit 96 z. T. farbigen Abbildungen. Berlin 1927. Julius Springer.

Da ein so bedeutender Forscher und Lehrer wie *Jadassohn* die Neubearbeitung eines so bewährten Buches wie es das *Lesser*sche Lehrbuch ist, übernommen hatte, konnte man mit hochgespannten Erwartungen dem Erscheinen desselben entgegensehen. Man kann sagen, daß diese Erwartungen durch den zuerst herausgekommenen 2. Band in jeder Hinsicht erfüllt, wenn nicht noch übertroffen worden sind. Die schöne Einfachheit und Flüssigkeit des Stiles, die große Gewandtheit in leicht verständlicher Darstellung selbst

Digitized by Google

der schwierigsten Gebiete lassen fast auf jeder Seite den erfahrenen klinischen Lehrer und Publizisten erkennen und verdienen volle Anerkennung. Es liegt in der Natur der Sache, daß schon die großen Fortschritte unseres Fachgebietes eine Ergänzung und Umarbeitung fast aller Kapitel erforderlich machten, viele mußten ganz neu hinzukommen, obschon der äußere Rahmen der Anlage bestehen blieb. Die eingehendere Berücksichtigung der Gonorrhöe und bei der Syphilis der viszeralen Nervenerkrankungen ist zu begrüßen. Getreu den Grundsätzen *Lessers* ist überall neben Aufführung der klinischen Daten den allgemein-pathologischen Zusammenhängen ein hinreichend breiter Raum gewidmet, damit, wie *Jadassohn* auch im Vorwort mit Recht betont, der drohenden Gefahr einer routinemäßigen Verflachung der Therapie vorgebeugt werde. Dabei sind strittige Fragen im allgemeinen mit einer erfreulichen Reserve und Objektivität dargestellt. Daß die Zitate von Autorennamen eingeschränkt worden sind, hat gewiß in einem „Lehrbuch, das nicht wissenschaftlichen Fragen, sondern dem Unterricht dienen soll", seine Berechtigung. Auch die dabei häufig drohende Gefahr der Überbewertung *neuerer* Autoren soll nicht bestritten werden. Aber mir scheint, daß *Jadassohn* hier doch über das Ziel hinausgegangen ist. Der Kreis derjenigen Forscher, denen wir wichtige Grundlagen und Fortschritte verdanken, wird doch von ihm — zum mindesten müßte man sagen — zum Teil etwas eng abgegrenzt. Es ist im Interesse des Unterrichts zu bedauern, wenn die Studierenden nicht einmal die zeitgenössischen Meister und ihre eigenen Lehrer in ihren Leistungen kennen lernen. Ein bekannter Internist hat jüngst in seinem Buche sogar kurze Lebensläufe der bedeutendsten Gelehrten im Register angebracht, um die Wichtigkeit der Geschichte der Forschung für den Lernenden hervorzuheben. Hier dagegen wird — um nur einige wenige Beispiele anzuführen — im Gegensatz zu *Lesser* selbst, von *Jadassohn* die Vorgeschichte der modernen Chemotherapie der Lues mit Arsenpräparaten so stiefmütterlich behandelt, daß nicht einmal der Name *Uhlenhuth* Erwähnung findet! Man vermißt ferner entsprechende Hinweise bei der Drüsenpunktion, der „maximalen Frühbehandlung mit voller Frühheilungschance" diesen von *E. Hoffmann* geprägten Ausdruck, der doch bei der großen Wichtigkeit des Begriffes zur Einprägung der Gesichtspunkte für den Lernenden besonders geeignet erscheint. Abgesehen davon aber ist das ganz ausgezeichnete und hervorragend ausgestattete Buch als wertvolles Unterrichtsmittel für den Arzt und Studierenden auf das Wärmste zu empfehlen.

P. Mulzer (Hamburg).

H. Schlesinger: *Syphilis und innere Medizin.* 3. Teil. Die Syphilis des Zirkulations- und Respirationstraktes und der innersekretorischen Drüsen. Syphilis und Blutkrankheiten. Wien 1928. J. Springer. Preis 18 Mk.

Für den Dermatologen enthält der vorliegende Schlußband des *Schlesinger*schen Werkes außerordentliche wertvolle Bemerkungen. Da die einzelnen Kapitel, deren Inhalt aus dem Titel des Bandes hervorgeht, unter dem Eindruck großer eigener Erfahrungen geschrieben sind, kommt es vor, daß einige Ansichten etwas subjektiv erscheinen. So werden manche Syphilidologen nicht ohne weiteres damit übereinstimmen können, daß eine Zunahme syphilitischer Aortenerkrankungen „beinahe mit Sicherheit auf die energischere Syphilisbehandlung zurückzuführen" sei. Besonders gut gelungen erscheint die Darstellung der Lungensyphilis vor allem in differential-diagnostischer Hinsicht. Die übrigen Kapitel sind ebenfalls sehr übersichtlich geschrieben, so daß die Lektüre auch dieses Bandes sehr anregend und belehrend ist. Ein erschöpfendes Literaturverzeichnis bildet den Schluß. *Memmesheimer* (Bonn).

Digitized by Google

A. Kißmeyer: *Studien über die Pigmentnävi der menschlichen Haut. (Études sur les Naevi pigmentaires de la peau humaine [Mélanoblastomes bénins].)* Paris 1927. E. Legrand.

In einer Monographie von 175 Seiten Umfang und mit ausführlichem Literaturverzeichnis berichtet der Verfasser an Hand von 29 Abbildungen über histologischen Untersuchungen bei den Pigmentnävi. Auf Grund dieser Untersuchungen nimmt er an, daß mesodermale, dopapositive Zellen an der Bildung weicher Pigmentnävi keinen Anteil haben, sondern lediglich den Ausgangspunkt andersartiger Tumoren darstellen, die nach *Ribbert* als Chromatophorome zu bezeichnen sind; hierbei werden auch die blauen Nävi erwähnt. In ganz kleinen Nävis, die er als primordiale Elemente betrachtet, fand er die pathologischen Veränderungen nur in der Epidermis in Form charakteristischer, metaplastischer, pigmentierter, dopapositiver Zellen, die als Melanoblasten anzusehen sind. Sobald die Nävi etwas größer sind, finden sich auch die frühesten Veränderungen im Korium in Gestalt von dicht an der Epidermis liegenden Zellen, die in enger Beziehung zu den Veränderungen der innerhalb der Epidermis beobachtenden Erscheinungen stehen. Auch wenn diese Zellen von den intraepidermoidalen in ihrer Form abweichen, glaubt er doch, daß es sich um den gleichen Prozeß handelt. Die klar geschriebene Broschüre ergibt auch historisch einen guten Überblick über die schwierige, noch immer umstrittene Frage und gedenkt besonders auch der Fortschritte, die durch *Blochs* Pigmentstudien und Methoden angebahnt worden sind. *E. H.*

A. M. Memmesheimer: *Hautreize und Hautesophylaxie.* Halle 1927. Marhold. Preis Mk. 3,50.

Verfasser berichtet über die experimentelle und theoretische Grundlage des von *E. Hoffmann* in die medizinische Wissenschaft eingeführten Begriffes der Esophylaxie. Die Esophylaxie der Haut wird als die Summe der durch Reize verstärkten Funktionen sämtlicher in der Haut liegenden Zellen definiert. Durch Hautreize werden in den Epidermiszellen, Gefäßen, Nerven und Drüsen der Haut Wirkungen hervorgebracht, die günstige Einflüsse auf den ganzen Organismus ausüben. Von den verschiedenen Hautreizen wirken vor allem das Licht durch die Haut auf den ganzen Körper. Dies führt biologisch zu Schutzwirkungen gegenüber Infektionen. Dasselbe geschieht nach mechanischen Hautreizen. Auch die bakteriellen Reize wirken in diesem Sinne. Denn aus der Wechselwirkung zwischen Erregern und Haut resultieren günstige Bedingungen zur Abwehr von Infektionen. Dies zeigt sich nicht nur durch Entstehung von Immunstoffen, sondern auch im klinischen Verlauf von einzelnen Krankheiten, wie z. B. Pocken, Milzbrand, Tuberkulose, Syphilis. Aus der Zusammenstellung geht hervor, wie die zahlreichen wichtigen Fragen, die sich aus Diskussion des Esophylaxiebegriffes ergeben, experimentell angefaßt werden müssen, und zu welchen Ergebnissen sie schon geführt haben. Die klar geschriebene Abhandlung verdient weite Verbreitung. Wir Dermatologen müssen diesem neuen Zweig unserer Forschung ein erhöhtes Interesse entgegenbringen. Für jeden, der sich hierin einarbeiten will, gibt die Abhandlung einen vorzüglichen Wegweiser. *Bering* (Essen).

Digitized by Google

Personalien und Tagesnachrichten.

Prof. Dr. *F. Pinkus*, unser langjähriger Mitarbeiter, begeht am 4. April dieses Jahres seinen 60. Geburtstag. Als hervorragender Dermatohistologe und Begründer des Krankheitsbildes „*Lichen nitidus*" hat er sich in der medizinischen Weltliteratur einen Namen gemacht und ist seit einer Reihe von Jahren auch in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten als Generalsekretär der DGBG. in vorderster Linie tätig. Herausgeber und Verleger sprechen ihm ihre Glückwünsche aus.

Dr. *Kohlenberger*, I. Assistenzarzt der dermatologischen Abteilung am Mainzer städtischen Krankenhaus wurde gewählt für die neugeschaffene Stellung eines Facharztes der Gesundheitsbehörde der Stadt *Stettin*.

In *Kopenhagen* findet vom 5. bis 8. August 1930 der *VIII. internationale Dermatologenkongreß* statt. Das vorbereitende Komitee besteht aus den Herren *C. Rasch, Edv. Ehlers, O. Jersild, A. Reyn, H. Boas, S. Lomholt, A. Kißmeyer.*

Am 29., 30. und 31. Mai wird in *Leiden* ein Ärztekurs über „*Diagnose und Therapie der Allergischen Krankheiten*" in *deutscher Sprache* abgehalten. Gebühr Mk. 30.—; für junge Assistenten keine Gebühr.

Vorläufiges Programm: Jeden Vormittag von 9 bis 12^{30} Vorträge von

Prof. *Storm van Leeuwen:* Allgemeine Einführung über Allergie; Hautreaktionen, Asthma und Klima-Allergene; Klima-Allergene in Beziehung zur Tuberkulose; Emphysem und Pseudo-Emphysem bei Allergikern, klinische Demonstrationen.

Prof. *Rost*-Freiburg: Beziehungen zwischen Allergie und Hautkrankheiten. (Zwei Vorträge.)

Prof. *Melli*-Padua: Übertragung des anaphylaktischen Zustandes von Asthmatikern auf normale Personen. Klinische Beobachtungen über das anaphylaktische Asthma.

Nachmittags: Demonstration von Patienten. — Demonstration und Übungen in Hautreaktionen. — Besichtigung der Klinik für allergische Krankheiten. — Besichtigung allergenfreier Kammern in Privathäusern.

Pension in Leiden von 4 bis 5 Gulden täglich. Hotels im Haag ab 5 Gulden mit Frühstück. Auf Anfrage wird ein detailliertes Programm geschickt.

Die *Moskauer Venerologische Gesellschaft* erwählte auf ihrer Jahressitzung zum Vorsitzenden Prof. *A. Jordan;* zu Stellvertretern des Vorsitzenden Prof. *G. Mestschersky*, Prof. *N. Efron* und den Oberarzt *A. Ustimoto;* zu Schriftführern *S. Bogdanow, D. Lewtschenkow* und *H. Muscatblät.*

Vom 12. bis 14. September findet die diesjährige Tagung der „*Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten*" in *Amsterdam* statt. Es werden folgende Themata abgehandelt:

12. 9. 28. Physiologie und Pathologie des Hungers.

13. 9. 28. Beziehungen zwischen Digestionstraktus und Blutkrankheiten.

14. 9. 28. Diagnostische und therapeutische Irrtümer auf dem Gebiet der Verdauungskrankheiten und deren Verhütung. Bedeutung der Rohkost.

Näheres durch das Generalsekretariat: Prof. *von den Velden*, Berlin W 30, Bamberger Straße 49.

Digitized by Google

I.

(Aus der Universitätsklinik für Dermatologie und Syphilidologie in Innsbruck [Vorstand: Prof. Dr. *Wilhelm Kerl*].)

Zur Kenntnis der Fox-Fordyceschen Krankheit.

Von

Dr. JOSEF KONRAD,
Assistent der Klinik.

(Mit 3 Abbildungen im Text.)

Im Jahre 1902 beschrieben *Fox* und *Fordyce* auf Grund der Beobachtung von 2 Fällen ein besonderes Krankheitsbild, das seit dem Jahre 1922 durch die von *Schiefferdecker* gemachte Einteilung bezüglich der Drüsen des Menschen in merokrine-apokrine und merokrine-ekkrine Drüsen neu an Bedeutung gewann. Unter den ersteren verstand *Schiefferdecker* die großen und unter den letzteren die kleinen Schweißdrüsen. Diese beiden Gruppen unterscheiden sich nach *Schiefferdecker* durch ihren *„morphologischen Vorgang bei der Sekretion, durch ihre Entwicklung und durch ihre Vorkommen"*.

In einer zusammenfassenden Darstellung bespricht *H. Fischer* unter *Ergebnisse* im Zbl. f. H. u. G., Bd. 20, 1926, S. 1 ausführlichst das Krankheitsbild und erwähnt, daß bis zum Jahre 1924 über 30 Fälle dieser Erkrankung veröffentlicht wurden. In den letzten Jahren finden sich — ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben — in der Literatur weitere 23 Fälle von folgenden Autoren mitgeteilt *(Ben, Chargin, Chorazak, Gelbjerg-Hansen, Goodmann, Hinze, Hirschfeld R., Jersild O., Jung, Kall, Lenz A., Löwenberg Max, Müller, Nardelli, Netherton E. W., Pick W., Rejsek Bohumir, Rusin, Sachs, Schönstein, Türk Norbert, Wichert)*. Alle diese Autoren berichten über je einen Fall, *Pick* über 2 Fälle. Die Erkrankung betrifft davon in 19 Fällen Frauen und nur in 4 Fällen *(Chlorazak, Hinze, Türk, Wichert)* Männer im Alter von 19, 21, 23 und 61 Jahren. Es dürften also, Fall *Fox* mit eingerechnet, in der Literatur bisher 5 Fälle beim männlichen Geschlecht bekannt sein.

Digitized by Google

Zwei an der Klinik in letzter Zeit zur Beobachtung gekommene Fälle von Fox-Fordyce sollen im nachstehenden mitgeteilt werden.

Fall 1. Anamnese: 28jährige, bisher in ihrem Leben stets gesunde Patientin B. A. gibt an, daß bei ihr vor ungefähr 4—5 Jahren ohne äußere Veranlassung eine starke Nervosität auftrat, die auch der Umgebung aufgefallen ist. Wenige Monate später trat in beiden Achselhöhlen beiderseits gleichmäßig ein heftiger Juckreiz auf, ohne daß die Patientin an den befallenen Stellen eine Veränderung bemerkt hatte. Der Juckreiz war für sie besonders quälend vor, weniger während der Menstruation, so daß zu dieser Zeit die Nachtruhe gestört war. Die Anwendung der verschiedensten Mittel war ohne jeden Erfolg. Das Auftreten der ersten Menses war mit 21 Jahren, immer regelmäßig, von 8tägiger Dauer; seit 5 Jahren nun dauern die Menses immer 14—16 Tage. Bei Gemütserregungen gibt Pat. keine Steigerung des Juckreizes an. Die Schweißsekretion in den Axillen ist etwas erhöht.

Status praesens: Mittelgroße, kräftige Erscheinung von dunkler Haut- und Haarfarbe. *Ausgesprochener viriler Behaarungstypus* in monte veneris. Die beiden unteren Extremitäten sind in toto stark behaart.

Im Bereiche beider Axillae erscheint die Haut ziemlich stark pigmentiert und zeigt ein chagriniertes Aussehen. Wir finden zahlreiche einzelstehende, stecknadelkopfgroße Knötchen von teils halbkugeliger, teils kegelförmiger Gestalt, die in ihrer großen Mehrheit im Zentrum eine Eindellung aufweisen. Nur wenige solcher knötchenförmiger Effloreszenzen sind exkoriiert und weisen eine Blutkruste auf. Die Knötchen selbst sind von derber Konsistenz, blaßroter Farbe und leicht glänzend. An jenen Stellen, an denen die Knötchen besonders dicht gestellt sind, erscheinen dieselben bei Spannung der Haut reihenweise, perlschnurartig angeordnet. Die Längs- sowie die Querfelderung der Haut ist außerordentlich stark ausgeprägt. Die Haare sind beiderseits stark vermindert, auffallend trocken, und an einzelnen Stellen sind abgebrochene Haarstümpfe sichtbar. Die Follikel erscheinen erweitert. Die Affektion reicht beiderseits 2—3 cm in die unbehaarte Umgebung hinaus und ist begrenzt von der vorderen und hinteren Axillarlinie.

Auch im Bereiche der Areolae mammarum erscheinen die Follikel deutlich erweitert. Der Mons veneris zeigt außer dem virilen Behaarungstypus keine Veränderung, ebenso o. B. ist das Genitale.

Fall 2. Anamnese: 40 Jahre alte, seit 7 Jahren verheiratete Patientin H. M. klagt seit 1 Jahr über starken Juckreiz, der vor der Menstruation sich ins unerträgliche steigert, hingegen während der Menstruation wieder an Intensität abnimmt. Schon seit einigen Jahren besteht starke Nervosität. Der intensive Juckreiz beschränkt sich bei ihr nicht nur auf die Achselhöhlen, sondern trat später auch an beiden Brüsten sowie am Genitale auf. Auch hier Steigerung des Juckreizes vor der Menstruation. Ebenso ist bei Gemütserregungen vermehrtes Jucken vorhanden. Erste Menses mit 20 Jahren, alle 3 Wochen, von 7—8tägiger Dauer. Keine Kinderkrankheiten. Mit 20 Jahren Chlorose. Familienanamnese belanglos, bisher ohne Behandlung.

Status praesens: Schlanke, in ihrem Ernährungszustand etwas herabgekommene Person, mit dunkler Haarfarbe.

Sowohl rechte wie linke Axilla sind erfüllt von zahlreichen stecknadelkopfgroßen Knötchen mit kegelförmiger Gestalt und im allgemeinen blaß-

Digitized by Google

roter Farbe. Die Knötchen erscheinen in Reihen angeordnet, die Haut ist beiderseits leicht pigmentiert und zeigt eine starke Längs- und Querfelderung sowie ein chagriniertes Aussehen. Beide Achselhöhlen sind sehr schwach behaart und lassen bei genauer Beobachtung auch abgebrochene Haarstümpfe erkennen. Die Schweißsekretion ist über die Norm gesteigert. Auch in der Umgebung der Brustwarzen, im Warzenhof und darüber hinaus, links mehr als rechts, finden sich teils halbkugelige, teils spitzere Knötchen mit deutlicher zentraler Eindellung. Die Außenseiten beider großen Schamlippen weisen ebenfalls je 5—6 etwas flachere papelähnliche Effloreszenzen von lebhaft roter Farbe auf. Behaarungstypus am Genitale normal, während beide Unterschenkel eine starke Behaarung aufweisen.

Anamnestisch ist beiden mitgeteilten Fällen gemeinsam: 1. die zuerst durch lange Zeit hindurch bestehende Nervosität, 2. das Auftreten eines heftigen, gegen die Zeit der Menstruation zu fast unerträglichen Juckreizes, und dann 3. erst das Auftreten der klinisch typischen Veränderungen des Fox-Fordyce. Es stimmt diese Reihenfolge im Auftreten der Symptome des Fox-Fordyceschen Krankheitsbildes mit der Angabe von *Boelstra* überein, der auf Grund von 22 Fällen in der Literatur behauptet, daß das Leiden nur bei sehr nervösen Patienten vorkommt. Mit der Ansicht von *Wichert, Wertheimer, Haase, Whietfield, Boelstra, Frank-Crozer-Knowles* u. a. stimmt in beiden mitgeteilten Fällen überein, daß der für das Krankheitsbild charakteristische intensive Juckreiz dem knötchenförmigen Ausschlag vorangeht. Die Schweißsekretion war in beiden Fällen eine nur wenig vermehrte. Sie trat nur lokal in Erscheinung. Eine verstärkte Sekretion vor Auftreten des Krankheitsbildes, worüber *Walther* berichtet, bestand nicht. Die von *Fischer, Löwenberg* und *Schönstein* gemachte Beobachtung, daß der Juckreiz bei Gemütserregungen sich steigert, trifft in dem zweiten mitgeteilten Falle ebenfalls zu. Für die Annahme einer Rassendisposition *(Goodmann, Pick)* liegt bei unseren beiden Patientinnen kein Grund vor.

Zur histologischen Untersuchung wurden Gewebsstücke, welche der Achselhöhle entnommen sind, verwendet. Nach Fixierung in Müller-Formol und Paraffineinbettung Anlegung von zahlreichen Schnitten. Die histologische Untersuchung ergibt:

Fall I: Geringe Zunahme der Hornschichtbildung mit Verlängerung der Reteleisten, also hyper- und akanthotische Vorgänge. In den ziemlich vergrößerten Kutispapillen ein reichliches Infiltrat. Dasselbe ist fast ausschließlich aus lymphozytären Elementen gebildet; zwischen demselben findet sich eingestreut ein teils in Schollen, teils aber in feinsten Krümelchen

Digitized by Google

angeordnetes Pigment. In der Kutis selbst Infiltrate von nicht sehr mächtiger Entwicklung, vorwiegend strangförmig aufgebaut und dem Verlauf der Gefäße entsprechend. Ganz in der Tiefe des exzidierten Gewebsstückes sieht man reichlich apokrine Drüsen in den verschiedensten Stadien der Sekretion. Daneben finden sich Hohlräume (siehe Abb. 1), die von einem plattgedrückten Epithel bekleidet sind und als Inhalt eine blaßrot gefärbte homogene Masse aufweisen. Es handelt sich also um zystenartige Bildungen, die offenbar durch Sekretstauung zu-

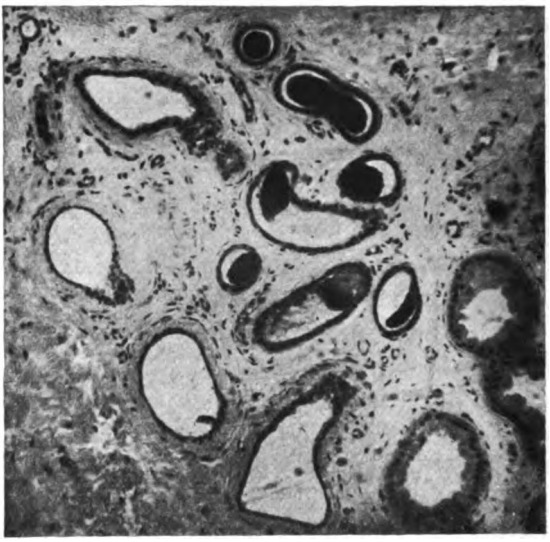


Abb. 1. Fall I. Rechts apokriner Drüsenschlauch, links zystisch erweiterte Schweißdrüsen.

stande kommen, wobei es durch Druck zu einem Abplatten des auskleidenden Epithels gekommen ist.

Fall II: Histologisch ist die Hornschicht stellenweise verdickt, teilweise auch abgehoben. Im Rete Malpighi der Zellverband leicht gelockert. Basalzellenschichte ohne Besonderheiten. Die interpapillären Reteleisten etwas in die Länge gezogen.

Die Papillarschicht der Kutis der Verlängerung der interpapillären Retezapfen entsprechend sehr schmal, aber von beträchtlicher Höhe. Die Hauptmasse der pathologischen Veränderungen ist vor allem um die Follikel lokalisiert. Dort findet man entzündliche Infiltrate, welche den Follikel vollständig umgeben, also eine ausgesprochene Follikulitis und Perifollikulitis.

Digitized by Google

Die Infiltratzellen selbst sind fast ausschließlich einkernige runde Zellen vom Typus der Lymphozyten (siehe Abb. 2). Dieses entzündliche Infiltrat findet sich aber nicht ausschließlich um die Follikel, sondern es geht stellenweise weit in die Tiefe. Vor allem sind die Nester der apokrinen Schweißdrüsen, die im Schnitt in sehr reichlicher Menge nachweisbar sind, von dem gleichen Infiltrat umschlossen. Bei reichlicher Zunahme des Infiltrates kommt es sogar zu zirkumskripten, rundlichen Anhäufungen der beschriebenen zelligen Elemente (siehe Abb. 3).

Abb. 2. Fall II. Reichliches Infiltrat teils im Papillarkörper, teils im Stratum retikulare der Cutis.

Außerdem finden sich die Infiltrate um die Gefäße der Kutis, und zwar vor allem im subpapillären Netz. Sie bilden dort entweder runde Herde oder auch längere streifenförmige Infiltrate, die oft miteinander zusammenhängen je nach der Richtung, wie sie im Schnitt getroffen sind. An Stellen, in denen der Prozeß weiter fortgeschritten ist, findet sich dann auch unterhalb des subpapillären Netzes ein wenn auch nicht sehr reichliches Infiltrat massiger als im Papillarkörper und in den oberflächlichen Kutisschichten. Weiterhin verdient noch die Tatsache hervorgehoben zu werden, daß sich gerade in der subpapillären Schicht ziemlich reichlich ein helles Pigment findet.

Was die *therapeutische Beeinflußbarkeit* des Leidens anbelangt, so sei darauf verwiesen, daß die verschiedensten Be-

Digitized by Google

handlungsmethoden in manchen Fällen wohl eine Besserung erzielen, im allgemeinen jedoch das Fox-Fordycesche Krankheitsbild jeder Therapie refraktär zu sein scheint und diese Tatsache in vielen Fällen als diagnostisches Hilfsmittel verwendet wird. Die beiden erwähnten Fälle wurden ausschließlich der Röntgentherapie ohne sonstige lokale Behandlung zugeführt. Die erste Patientin erhielt links 4, rechts 3 Bestrahlungen mit je 2 H gefiltert durch 0,5 mm Al einer mittelharten Röntgenstrahlung in entsprechenden Intervallen verabreicht. Schon nach der zweiten Bestrahlung war der Juckreiz vermindert, und 3 Monate nach Beginn der Behandlung war die Patientin subjektiv

Abb. 3. Fall II. Lymphozytäres Infiltrat in der Region der Schweißdrüsen.

vollkommen frei von den früheren Beschwerden, und objektiv waren keine Knötchen mehr nachweisbar. Auch die früher immer 14—16 Tage dauernden Menses sind vollkommen regelmäßig und nur mehr von viertägiger Dauer. Beim zweiten Fall wurde durch die auf gleiche Weise durchgeführte Röntgentherapie ein Rückgang der klinischen Erscheinungen und Verminderung des Juckreizes beobachtet. Unmittelbar vor sowie während der Menstruation blieb jedoch der Juckreiz immer noch gesteigert. Völlige Beschwerdefreiheit konnte im zweiten Falle mit Röntgen nicht erzielt werden. In der Literatur werden verschiedene Behandlungsmethoden empfohlen. *Goodmann* erzielte

Digitized by Google

Besserung durch Kohlenbogenlicht und Kaltkaustik, *Pick* durch Verabfolgung von Ovarialpräparaten, *Gelbjerg* durch Steinkohlenteer, Autohämotherapie, *Sack jun.* durch psychische Behandlung.

Literaturverzeichnis.

Ben, Frühjahrstagung der Vereinigung rheinisch-westfälischer Dermatologen in Essen, 16. Mai 1926. Ref. Ztrbl. f. H. u. G. Bd. 21. 1927. S. 45. — *Chargin*, Fox-Fordyce disease. Arch. of dermatol. a. syphilol. Bd. 13. 1926. S. 717. — *Chorazak*, Fox-Fordycesche Krankheit. Ref. Ztrbl. f. H. u. G. Bd. 23. 1927. S. 631. — *Gelbjerg-Hansen*, Dänische dermatol. Ges. Sitzung v. 6. April 1927. Ref. Ztrbl. f. H. u. G. Bd. 23. 1927. S. 514. — *Goodmann, Hermann*, The Fox-Fordyce syndrome. Ref. Ztrbl. f. H. u. G. Bd. 21. 1927. S. 717. — *Hinze*, Derm. Wschr. Bd. 84. 1927. S. 621. — *Hirschfeld, R.*, Derm. Wschr. Bd. 82. 1926. S. 221. — *Jersild, O.*, Verhandl. d. dän. derm. Ges. 1925/26. 193. Sitzung. Ref. derm. Wschr. Bd. 84. 1927. S. 451. — *Jung*, Fox-Fordycesche Erkrankung. Ref. Ztrbl. f. H. u. G. Bd. 23. 1927. S. 642. — *Kall*, Nürnberger derm. Ges. Sitzung vom 7. Oktober 1925. Ref. Derm. Wschr. Bd. 82. 1926. S. 580. — *Lenz, A.*, Zur Kasuistik der Fox-Fordyceschen Erkrankung. Derm. Wschr. Bd. 83. 1926. S. 1627. — *Löwenberg, Max*, Ein Beitrag zur Kasuistik der Fox-Fordyceschen Erkrankung. Derm. Wschr. Bd. 83. 1926. S. 1361. — *Müller*, Versammlung südwestdeutscher Dermatologen in Frankfurt a. M. 13. u. 14. November 1926. Ztrbl. f. H. u. G. Bd. 22. S. 29. — *Nardelli*, Die Fox-Fordycesche Dermatose. Ref. Derm. Wschr. Bd. 84. 1927. S. 306. — *Netherton, E. W.*, Bericht über einen Fall von Fox-Fordyce vergesellschaftet mit Hyperthyreoidismus. Ref. Ztrbl. f. H. u. G. Bd. 21. 1927. S. 297. — *Pick, W.*, Pathogenesis of Fox-Fordyce disease. Ref. Derm. Wschr. Bd. 83. 1926. S. 1614. — *Rejsek, Bohumir*, Fall von Morbus Fox-Fordyce. Ref. Ztrbl. f. H. u. G. Bd. 20. 1926. S. 878. — *Rusin*, Ein Fall von Fox-Fordycescher Krankheit. Ref. Derm. Wschr. Bd. 83. 1926. S. 1694. — *Sachs*, Wien. derm. Ges. Sitzung vom 10. Dezember 1925. Ztrbl. f. H. u. G. Bd. 82. 1926. S. 721. — *Sack*, jun., Disk. zu Müller, Ztrbl. f. H. u. G. Bd. 22. 1927. S. 29. — *Schönstein, A.*, Ein Fall von Fox-Fordycescher Erkrankung. Ref. Ztrbl. f. H. u. G. Bd. 22. 1927. S. 477. — *Türk, Norbert*, Zur Kenntnis der Fox-Fordyceschen Krankheit beim männlichen Geschlecht. Derm. Wschr. Bd. 84. 1927. S. 326. — *Wichert*, Fox-Fordycesche Krankheit oder Neurodermitis. Frankfurter derm. Vereinigung. Sitzung vom 10. Juni 1926. Ref. Ztrbl. f. H. u. G. Bd. 22. 1927. S. 309.

Die übrigen Literaturangaben finden sich unter „Ergebnisse" von *H. Fischer* im Ztrbl. f. H. u. G. Bd. 20. 1926. S. 1.

Digitized by Google

II.

(Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin [Dirig. Arzt: Prof. Dr. *A. Buschke*].)

Über die Beziehungen zwischen tertiärer Lues und Nervenlues auf Grund von Liquoruntersuchungen.

Von

BENJAMIN LEVIN

aus Kaunas (Litauen).

Alle Untersuchungen, die sich mit den Veränderungen des Liquor cerebro-spinalis in den verschiedenen Stadien der Lues beschäftigen, gehen schließlich auf das eine hinaus: das Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein von Beziehungen zwischen den luetischen Haut-, Schleimhaut- und Knochenerscheinungen und dem erkrankten Liquor bzw. dem Auftreten von syphilogenen Spätnervenerkrankungen zu ergründen.

Über den Zusammenhang zwischen klinischen Symptomen und pathologischen Liquorveränderungen bei Lues I besteht noch keine volle Klarheit. Wir weisen auf die Arbeiten von *Hauptmann, Nonne, Fleischmann* hin.

Über die Häufigkeit der Liquorveränderungen bei Lues I gehen die Angaben der verschiedenen Autoren (*Rost, Fleischmann, Dreifuß, Leyberg, Andru* et *Lavant*) auch weit auseinander.

Eindeutiger liegen die Resultate bei der sekundären Lues. Liquorveränderungen sind in 60—70% der untersuchten Fälle mit manchmal sogar starken Hautreaktionen gefunden worden (*Wille* und *Stockes, Schönfeld, Fleischmann, Leyberg*).

Wie oft sind nun Liquorveränderungen bei der tertiären Lues, besonders in solchen Fällen, wo gleichzeitig auch Haut-, Schleimhaut- und Knochenerscheinungen vorhanden sind, zu verzeichnen?

Eine ganze Anzahl von Autoren (*Cornaz, Gennerich, Königstein* und *Goldberger, Leyberg, Ravaut, Schönfeld* u. a.), die relativ selten Liquorveränderungen bei Tertiärsyphilitikern mit Haut-, Schleimhaut- und Knochenerscheinungen beobachteten,

Digitized by Google

vertreten die Meinung, daß ein Antagonismus zwischen diesen Erscheinungen und den Liquorveränderungen bzw. dem Auftreten von Nervenerkrankungen in solchen Fällen besteht. Die Arbeiten der letzten Jahre auf diesem Gebiete (*Finger* und *Kyrle*, *Arzt* und *Fuhß*, *Fleischmann*, *Kohrs*, *Prokoptschuk* u. a.), die über ein größeres Untersuchungsmaterial aussagen sowie häufige Liquorveränderungen verzeichnen, lehnen die obige Behauptung, wenn auch nicht vollkommen, an der Hand ihrer Beobachtungen ab.

Diese Autoren fanden Liquorveränderungen in 40—50% der untersuchten Fälle. Diese Abnahme gegenüber der sekundären Lues erklären *Arzt* und *Fuhß* u. a. damit, daß dem allergischen Hautzustand im Stadium der Gummenbildung auch eine Auswirkung auf das Zentralnervensystem im Sinne einer spirochätenfeindlichen Terrainveränderung zuzukommen scheint.

Die Ergebnisse der Literatur zusammenfassend, sehen wir, daß zwei Gruppen von Autoren mit fast völlig gegensätzlichen Meinungen sich gegenüberstehen. Das Material ist aber nicht gleichmäßig verteilt. Die hier erwähnten Autoren, die ohne weiteres ein Bestehen eines Antagonismus zwischen den tertiärluetischen Haut-, Schleimhaut- und Knochenerscheinungen einerseits und den Liquorveränderungen bzw. den Zentralnervensystemerkrankungen andererseits annehmen, beobachteten insgesamt 150 Fälle mit 21 positiven Liquores. Viel mehr, und zwar 950 Fälle mit 327 positiven Liquores, beobachtete die zweite Gruppe von Autoren, die den oben genannten Satz nicht ohne weiteres gelten lassen wollen.

Uns standen zur Verfügung 40 Fälle mit tertiär-luetischen Manifestationen an der Haut und an den Schleimhäuten.

Da nicht nur von neurologischer, sondern auch von dermatologischer Seite (*Stern*, *Jonitzescu*, *Galuschesku*, *Smidts* zit. *Kohrs*) darauf hingewiesen worden ist, daß auch Gonorrhoiker ohne Lues und ohne klinische Nervenerscheinungen Veränderungen im Liquor aufweisen können, haben wir solche Fälle, wie auch Fälle mit Tuberkulose und sonstigen Infektionskrankheiten, unberücksichtigt gelassen.

Unser Material verteilt sich so: 20 Männer und 20 Frauen. Sämtliche Fälle zeigten tertiärluetische Erscheinungen (Gummi, ulcera) an der Haut, an der Schleimhaut oder am Knochen.

Wir verteilen die Fälle auf 2 Gruppen. Zur ersten gehören diejenigen, die bis zur Diagnostizierung der jetzigen Erkrankung nie vorher antisyphilitisch behandelt waren. Darauf entfallen

Digitized by Google

19 Fälle. Der Liquor wurde auf die Pandy-, Nonne-, Sublimat-, Siliquidreaktion, Wassermannreaktion, Goldsolreaktion und Mastixreaktion untersucht. Auch auf zellige Bestandteile ist untersucht worden.

Tabelle I.

Unbehandelte Fälle.

Gesamtzahl der Fälle: 19.

Liquor negativ:	Liquor positiv:
9	10 und 2 schwach
Klinische Nervensymptome zeigten:	
1	7

Aus der Tabelle ist ersichtlich, daß von den 19 Fällen 10 ausgesprochen veränderten Liquor und 2 je eine positive Globulinreaktion (was wir als schwach-positiv bezeichnen) aufweisen. In 3 Fällen war eine deutliche, in 1 Falle eine fragliche Lues cerebri zu diagnostizieren. In 3 weiteren Fällen waren einzelne klinische Nervensymptome zu finden, und in noch 3 Fällen war der neurologische Befund trotz veränderten Liquors negativ.

In der zweiten Gruppe, die aus 11 Männern und 10 Frauen bestand, zeigten auch sämtliche Patienten tertiärluetische Haut-, Schleimhauterscheinungen. Alle Patienten sind aber im Laufe der Erkrankung meist mehrmals behandelt worden.

Tabelle II.

Behandelte Fälle.

Gesamtzahl der Fälle: 21.

Liquor negativ:	Liquor positiv:
12	9 und 1 mal schwach
Klinische Nervensymptome zeigten:	
—	7

In dieser Gruppe finden wir 9 mal veränderten Liquor und einmal mit einer positiven Pandyreaktion.

Neurologisch sind folgende Befunde erhoben worden: Von den 9 Patienten mit verändertem Liquor leiden 3 an einer Lues cerebri, 1 Patient an einer Lues cerebrospinalis; bei 3 weiteren sind einzelne klinische Nervensymptome zu erheben. 2 Patienten zeigen trotz veränderten Liquors neurologisch gar nichts.

Die Behandlungsweise liegt hier folgendermaßen: in zwei Fällen mit verändertem Liquor sind die betreffenden Patienten nicht mit Salvarsan behandelt, sondern es sind einmal nur eine

Digitized by Google

Schmierkur und einmal eine Schmierkur, mit Bi kombiniert, durchgeführt worden.

In weiteren 5 Fällen, in denen die Patienten 2—4 Kuren im ganzen durchgemacht haben, ist mit Salvarsan bzw. mit Salvarsan kombiniert behandelt worden; bei einem weiteren Fall ist 1915 nur eine Salvarsankur gemacht, und bei noch einem, bei dem erst, als tertiärluetische Hauterscheinungen auftraten, die Lues diagnostiziert und behandelt wurde, ist schon die erste Kur (Ns + Hg) nicht zu Ende gemacht worden.

Aus den angeführten relativ recht kleinen Zahlen geht hervor, daß die unbehandelten Patienten bei den Liquorveränderungen sogar etwas stärker beteiligt sind als die behandelten, was unter anderen auch *Fleischmann* und andere Autoren beobachtet haben.

Bei den unbehandelten Patienten handelt es sich meistens um ältere Personen (zwischen 50—65 Jahren). Die Zeit der Infektion ist zwar unbekannt; aber unter Berücksichtigung des Alters der Patienten kann man mit großer Wahrscheinlichkeit annehmen, daß dieselbe weit zurückliegt. Die behandelten Patienten wieder, die Liquorveränderungen und klinische Nervenerscheinungen aufweisen, haben großenteils die Infektion erst 2—6 Jahre hinter sich; bei der Hälfte der Fälle wenigstens ist es so. Diese Fälle sind entweder kombiniert oder nur mit Salvarsanpräparaten behandelt worden. Man bekommt hier den Eindruck, als ob die Komplikationen seitens des Nervensystems bei den Patienten, die mit Salvarsan oder mit Salvarsan kombiniert behandelt wurden, früher in Erscheinung treten, als dies bei den unbehandelten Patienten der Fall sei. Auch von anderer Seite ist auf diese Erscheinung hingewiesen worden. An einer Stelle meint *Langer:* „Es muß wohl allgemein als feststehend zugegeben werden, daß schwere Neuroluesfälle jetzt (d. h. seit Einführung der modernen Salvarsanbehandlung) frühzeitiger auftreten, als es früher üblich war." An anderer Stelle sagt derselbe Autor: „Es ist eine feststehende klinische Tatsache, daß seit Einführung des Salvarsans der Ablauf der Syphilisstadien gewissermaßen beschleunigt wurde." Ebenso meint *Spitzer*, der eine große Zahl von Fällen beschreibt und die Folgen der Behandlung in der Vorsalvarsanzeit und die der jetzigen modernen Behandlung vergleicht, daß die Komplikationen seitens des Nervensystems schneller und vielleicht auch häufiger in der Jetztzeit auftreten.

Digitized by Google

Das relativ häufige Vorkommen von Erkrankungen des Zentralnervensystems mit Liquorveränderungen gleichzeitig mit tertiärluetischen Affektionen an der Haut und an den Schleimhäuten läßt auf Beziehungen zwischen denselben schließen; wir können in dieser Frage mit *Fleischmann* übereinstimmen, daß eine luetische Erkrankung eines Organs die Erkrankung eines anderen oft keineswegs ausschließt. Vor allem in bezug auf Hautnervensystem. Es ist in ähnlicher Weise auch von *Finger* darauf hingewiesen worden.

Nach unserem Material zu urteilen, ist das gleichzeitige Vorkommen von Liquorveränderungen ohne klinische Nervenerscheinungen mit tertiärluetischen Haut-, Schleimhautmanifestationen selten. Das hängt vielleicht damit zusammen, daß von den Patienten mit tertiärer Syphilis, die über keine klinischen Nervenerscheinungen klagen, bis jetzt nur die wenigsten punktiert wurden, sonst hätte man diese wahrscheinlich genau so häufig gefunden wie Erkrankungen des Zentralnervensystems mit gleichzeitiger Haut- und Schleimhautlues.

Die Tatsache, daß die Liquorveränderungen bzw. Zentralnervenerkrankungen gleichzeitig mit luetischen Hautaffektionen auftreten, läßt denken, daß dieselben von einer Ursache bedingt sind, und „wahrscheinlich werden die neuroluischen Erkrankungen in der Zukunft als modifizierte Formen vulgärer (Spät)lues aufzufassen sein" (*Buschke*).

Zusammenfassend können wir sagen: Liquorveränderungen kommen gleichzeitig mit tertiärluetischen Haut-, Schleimhaut- und Knochenerscheinungen nicht selten vor. Mit anderen Worten: eine starke Hautreaktion schützt den Patienten nicht immer vor den spätluetischen Nervenerkrankungen.

In einer großen Zahl der Fälle sind die Liquorveränderungen mit dem Auftreten von klinischen Nervenerscheinungen (von Lues cerebri bis zu einzelnen klinischen Nervensymptomen) verbunden.

Da diese Erscheinungen mit den tertiärluetischen Haut-, Schleimhautaffektionen gleichzeitig auftreten, kann man vielleicht annehmen, daß sie wahrscheinlich von einer Ursache bedingt sind.

Daß die unbehandelten Fälle eine etwas größere Zahl von Liquorveränderungen als die behandelten aufweisen, was auch *Fleischmann* beobachtete, weist doch auf den Einfluß der vorangegangenen Behandlung hin.

Digitized by Google

Daß aber die Mittel für den Patienten nicht gleichgültig sind, zeigt folgende Tatsache. In der Gruppe der behandelten Patienten, besonders bei denjenigen, die eine Salvarsan- oder eine mit Salvarsan kombinierte Kur bzw. mehrere Kuren durchgemacht haben, scheint es, als ob die Komplikationen seitens des Liquors bzw. des Zentralnervensystems, früher in Erscheinung treten, wie auch der Stadienverlauf im ganzen bei diesen Syphilitikern beschleunigter ist als bei den unbehandelten.

Literaturverzeichnis.

Andru et *Lavant*, Ann. de Derm. 1914. Nr. 1. — *Arzt*, Ref. Ztrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskr. 1921. Bd. 3. H. 7. S. 431. — *Arzt, L.*, und *Fuhß, H.*, Arch. f. Derm. u. Syph. 1924. Bd. 48. S. 252. H. 1. — *Dieselben*, Arch. f. Derm. u. Syph. 1927. Bd. 153. S. 227. — *Beeson B. Barker*, Ref. Ztrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskr. Bd. 6. H. 5/6. S. 298. — *Buschke, A.*, Im Lehrbuch v. Riecke. Jena 1923. — *Cornaz, G.*, Korr.-Bl. f. schweiz. Ärzte. 1918. H. 47. S. 1584. — *Feldmann, W.*, Ref. Ztrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskr. 1926. Bd. 18. H. 9/10. S. 654. — *Finger, E.*, Wiener kl. Wschr. 1927. Nr. 14/15. — *Finger* und *Kyrle*, Arch. f. Derm. u. Syph. 1922. Bd. 138. H. 1. S. 41. — *Fleischmann*, Dtsch. Ztschr. f. Nerv. 1921. Bd. 70. H. 4/6. S. 177. — *Gennerich*, Die Liquorveränderungen in den einzelnen Stadien der Syphilis. Berlin 1913. — *Franziscek, Walter*, Ref. Ztrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskr. 1923. Bd. 9. H. 8. S. 402. — *Göhrisch*, Dtsch. Ztschr. f. Nerv. Bd. 82. S. 339. — *Hansen, Olav*, Ref. Ztrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskr. 1921. Bd. 1. H. 1/2. S. 73. — *Kagawa Testuwo*, Arch. f. Derm. u. Syph. 1923. Bd. 142. S. 398. — *Kindl*, Ref. Ztrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskr. Bd. 1. H. 8. S. 398. — *Kohrs, Th.*, Derm. Ztschr. 1920. H. 1. S. 30. — *Derselbe*, Derm. Ztschr. 1921. H. 2/3 S. 71. — *Königstein* und *Goldberger*, Wiener med. Wschr. 1917. H. 17. S. 381. — *Kyrle*, Arch. f. Derm. u. Syph. 1921. Bd. 131. H. 1. S. 64. — *Langer, E.*, Med. Kl. 1927. Nr. 22. — *Leyberg, J.*, Derm. Wschr. 1923. Bd. 76. H. 3. S. 53. — 1927. Nr. 22. — *Leyberg, J.*, Derm. Wschr. 1923. Bd. 76. H. 3. S. 53. — *Mietling, H.*, Derm. Ztschr. 1925. Bd. 43. H. 3/4. S. 180. — *Nast, O.*, Arch. f. Derm. u. Syph. 1921. Bd. 131. S. 244. — *Nordmann, G.*, Derm. Wschr. 1924. Bd. 78. H. 3/4. — *Prokoptschuk, A.*, Arch. f. Derm. u. Syph. 1926. Bd. 150. S. 61. — *Rall. Ch. R.*, Ref. Derm. Ztrlbl. 1915. H. 12. S. 188. — *Ravaut*, Ann. de Derm. et de Syph. 1904. T. 5. S. 1057. — *Nonne, M.*, Syphilis und Nervensystem. Berlin 1924. 5. Aufl. — *Rost, G. A.*, Derm. Ztschr. 1916. H. 3/4. S. 147. — *Schönfeld, W.*, Derm. Wschr. 1919. Bd. 68. H. 17. S. 260. — *Spitzer, L.*, M. med. Wschr. 1927. Nr. 15. S. 636. — *Stümpke, G.*, Derm. Wschr. 1919. H. 45. S. 715. — *Udo I. Wile* und *I. H. Stockes*, Derm. Wschr. 1914. Nr. 37/39.

Digitized by Google

III.

(Aus der Universitäts-Hautklinik Bonn
[Dir. Prof. *E. Hoffmann*].)

Kopfhalter als Zusatzgerät zur Kromayer-Quarzlampe.

Von

G. H. KLÖVEKORN,

Assistent der Klinik.

Bei der Distanzbestrahlung der Erkrankungen des behaarten Kopfes mit der Kromayer-Quarzlampe besteht der Übelstand, daß der Patient die Entfernung und Stellung seines Kopfes unbewußt ändert, zumal wenn ihm während der Be-

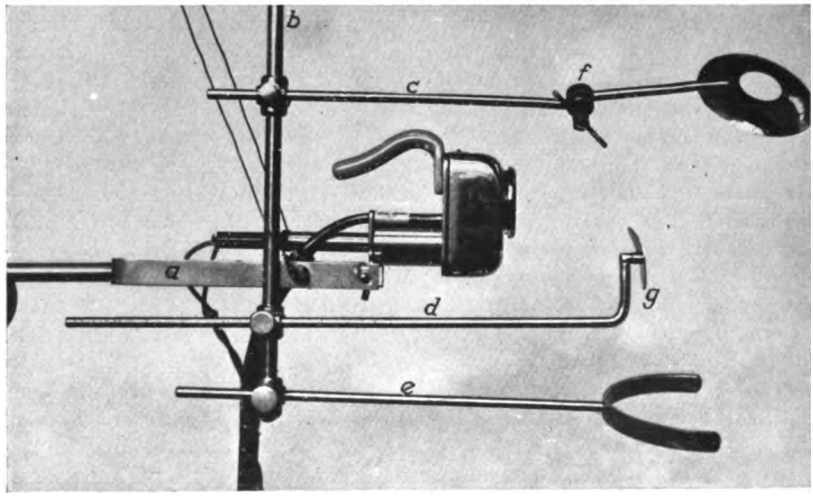


Abb. 1.

strahlung des Gesicht zum Schutz der Haut und der Augen mit einem Tuch verbunden wird. Eine ständige Beaufsichtigung während der Bestrahlung ist bei dem Personalmangel heutzutage sowohl der Klinik wie auch dem Praktiker kaum möglich. Auf Grund dieser Erfahrung verwenden wir seit einem Jahre mit gutem Erfolg das im folgenden beschriebene Gerät (s. Abb. 1).

Digitized by Google

Auf der Halteschiene *a* der Kromayer-Quarzlampe ist der runde Metallstab *b* befestigt. Die Teile *c*, *d* und *e* sind sowohl um den Stab *b* wie auch um ihre eigene Achse drehbar und lassen sich in der Entfernung von *b* beliebig verstellen. Der Entfer-

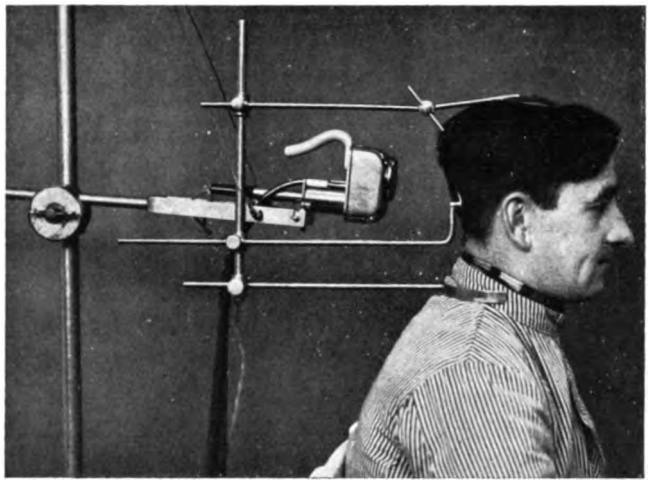


Abb. 2.

nungsmesser *d* trägt eine Zentimetereinteilung, die so gearbeitet ist, daß, wenn z. B. die Zahl 10 an dem Schnittpunkt mit *b* steht, die distale Scheibe *g* 10 cm von der äußeren Scheibe der Quarzlampe entfernt ist. Abb. 2 zeigt den Kopfhalter im Gebrauch. Hersteller: Feinmechanische Werkstätten *te Poel*, Bonn. (D. R. G. M. angemeldet.)

IV.

Diathermie bei Harnröhrenkarunkeln das Mittel der Wahl.

Von

Dr. JEAN und Dr. ELSA KOTTMAIER,

Mainz.

Harnröhrenkarunkeln sind eine Plage für Patienten und Ärzte. Nicht nur, daß diese reichlich vaskularisierten und sehr empfindlichen Tumoren seelisch-nervöse Beschwerden auslösen oder sie bei den oft bereits unter klimakterischen Erscheinungen leidenden Frauen durch die mit jeder Urinentleerung, jedem

Digitized by Google

Koitus verbundenen Schmerzen steigern und die Kranken durch die leicht auszulösenden Blutungen ängstigen, bringen sie ihnen tatsächlich die Gefahr einer karzinomatösen Entartung. Aus dieser Möglichkeit allein würde sich schon die Notwendigkeit ihrer Entfernung ableiten, selbst wenn die subjektiven Leiden der Frauen uns nicht dazu zwingen würden. Und nun beginnen die Schwierigkeiten für den Arzt. Zwar ist die chirurgische Entfernung der Geschwülstchen mit Schere und Messer für gewöhnlich leicht, wenn bisweilen auch die Blutstillung nicht immer ganz einfach ist. Aber wie oft sieht man nicht bereits wenige Monate später Rezidive und dann meist in einem derart verstärkten Maße, daß die äußere Harnröhrenmündung von einer hochroten schwammig-weichen, zu Blutungen neigenden Geschwulstmasse erfüllt sein kann. Nun schreitet man lege artis zur Resektion des unteren Harnröhrendrittels. Was aber dann, wenn, wie im unten skizzierten Krankheitsfall, erneut Karunkeln auftreten? Man wird jetzt vielleicht seine Zuflucht zum Thermokauter nehmen und wird sich fragen dürfen, ob seine Tiefenwirkung nicht bereits schon anfänglich zweckmäßiger gewesen wäre, wie die bei Harnröhrenkarunkeln rein oberflächlich arbeitenden Messer und Schere. Allein es ist nicht nur das etwas Komplizierte des Verfahrens bei der Paquelinisierung; es ist gewiß auch das seelisch den Patienten Ängstigende, mit einem glühenden Instrument behandelt zu werden, welches der Arzt berücksichtigt, wenn er sich für das Messer entscheidet. Auch haften dem Thermokauter noch weitere Nachteile objektiver Natur an. Zunächst die Karbonisation der Gewebe als Folge der relativ hohen Temperatur von etwa 1500°. Dieses verkohlte Gewebe stellt einen schlechten Wärmeleiter dar und bildet so gar bald eine Schranke für die Tiefenwirkung des Thermokauters. Es treten dabei Vorgänge in Wirksamkeit ähnlich jenen des *Leidenfrost*schen Phänomens. Nach unserer Meinung müssen wir aber eine größere Tiefenwirkung fordern, wenn wir mit Aussicht Rezidiven von Harnröhrenkarunkeln vorbeugen wollen. Dazu kommt, daß der mit dem Thermokauter gesetzte Schorf infolge der Unvollkommenheit der Koagulationswirkung Neigung zu putridem Zerfall erkennen läßt. Man hat in der Therapie der Harnröhrenkarunkeln noch den Galvanokauter und die galvanokaustische Schlinge empfohlen. Sie besitzen gegenüber dem Paquelin den Vorteil der Einführungsmöglichkeit in kaltem Zustand, so daß nicht nur für den Patienten das ängstigende Moment wegfällt, sondern auch dem Arzt die Technik

Digitized by Google

vereinfacht wird. Trotzdem gehört eine gewisse Routine dazu, die betreffenden Instrumente bei ihrer starken Neigung zur raschen Abkühlung in den Geweben gleichmäßig in Rotglut zu halten, so daß es gelingt, die Instrumente von den Geweben zu lösen, ohne den gesetzten Schorf abzureißen und dadurch Blutungen hervorzurufen, welche gerade bei den gefäßreichen Harnröhrenkarunkeln nicht immer unbedeutend sind. Dabei ist auch die Tiefenwirkung, welche wir als wesentlich ansehen, beim Thermokauter zu gering. Angesichts dieser Mängel und der unverkennbaren Voreingenommenheit vieler Chirurgen gegen jedes mit dem Messer konkurrierende physikalische Heilverfahren ist es zu erklären, wenn auch bei der Crux der Harnröhrenkarunkeln das schneidende Messer trotz der häufigen Beweise von Unzulänglichkeit in Gestalt von Rezidiven seine auch bei sonstigen Leiden vielfach unbegründete Vorherrschaft behauptete, weil die etwas umständlicheren Methoden der Paquelinisierung und Elektrokaustik mit ihren zwar etwas besseren, aber immer noch nicht durchaus befriedigenden Resultaten sie praktisch nicht zu erschüttern vermochten. Daß das Messer in der Therapie der Harnröhrenkarunkeln aber noch nicht durch eine so ideale Methode wie die operative Diathermie verdrängt ist, liegt wohl mit an der Notwendigkeit einer besonderen Apparatur; die Hauptschwierigkeit gegen die Ausbreitung der Diathermie überhaupt wie der operativen Diathermie im besonderen dürfte in einer gewohnheitsmäßigen präjudizierenden Haltung begründet sein, die zu bekämpfen es vor allem an Hochschullehrstätten fehlt.

Die operative Diathermie gestattet unter Verwendung eines geeigneten Bestecks wie bei vielen chirurgischen Erkrankungen, so auch bei den Harnröhrenkarunkeln ihre bequeme und gründliche Heilung und bietet das Höchstmaß an Garantie gegen Rezidive durch Entfaltung einer Tiefenwirkung, welche, genau lokalisierbar, mit keiner anderen Behandlungsmethode gleich sicher und gefahrlos zu erzielen ist. Der durch Diathermie erzielte Schorf ist weich und leitend, weil die ihn erzeugende Temperatur von 70—80° wohl zur Koagulierung, nicht aber zur Verkohlung der Gewebe führen kann. Während die Karbonisierungszone des Paquelinschorfes nur eine unbedeutende stimulierende Unterschicht besitzt, findet sich unter dem Diathermieschorf zwischen Koagulationszone und normalem Gewebe eine beträchtliche eliminatorische Schicht. Diese bietet die Grundlage für eine rasche Heilung, deren Eleganz kosmetisch durch

Digitized by Google

die vielseitige Auswahlmöglichkeit zweckentsprechender Operationselektroden im Einzelfall gefördert werden kann. Die Technik der operativen Diathermie als solche, deren elektrische Grundlage vorausgesetzt werden darf, ist meist sehr einfach und völlig gefahrlos. Wir bedürfen dazu einer größeren, indifferenten Elektrode — wir benutzen bei Harnröhrenkarunkeln beispielsweise das Anschlußblech — und eine den jeweiligen lokalen Verhältnissen angepaßte, ungleich kleinere, aktive Operationselektrode von der Form einer Nadel, eines Knöpfchens oder eines kleinen Messers. Nun kann man sich in aller Ruhe eine der zu behandelnden Stellen des anästhesierten Gewebes aussuchen, die Operationselektrode administrieren und dann den Strom einschalten lassen oder vermittels eines Fußkontaktes selbst einschalten. Die Stromstärke wird höchstens bis 0,5 Ampère gewählt, da wir ja einzig eine gleichmäßige Koagulation des zu beeinflussenden Gewebes und nicht seine Karbonisierung erstreben. Unter dieser Voraussetzung wird die Koagulationswirkung in die Tiefe vornehmlich durch die Dauer des Stromflusses bedingt. Die Vorgänge im Innern des zwischen die beiden Elektroden geschalteten Körperabschnittes laufen derart ab, daß bei Stromschluß eine pyramidenförmige Anordnung von Stromlinien im Körperinneren entsteht, deren Basis der Größe und Form der indifferenten Elektrode, deren Spitze der aktiven Operationselektrode entspricht. Beim Stromeintritt durch die Operationselektrode verlaufen die Stromlinien in ihr derart dicht gedrängt, daß sich Joulesche Wärme in ihr entwickelt, welche sich auf das dieser Elektrode anliegende Gewebe (die Harnröhrenkarunkel) überträgt und es so koaguliert. Es ist klar, daß die Dichte der Stromlinien, d. h. also die für jeden Querschnitt der Strompyramide in ihrer Summe gleichbleibende Intensität sich um so mehr auf die Flächeneinheit verteilt und so nur eine immer geringere Wirkung auf das Gewebe auszuüben vermag, je weiter der gedachte Querschnitt von der Pyramidenspitze (der aktiven Operationselektrode) entfernt ist, bzw. je näher er der Pyramidenbasis liegt. Wenn oben davon die Rede war, daß die Tiefenwirkung der (operativen) Diathermie vornehmlich eine Funktion der Dauer des Stromflusses sei, so verstehen wir nun ohne weiteres, daß auch die Größe der indifferenten Elektrode einen wesentlichen Anteil daran haben muß. Es ist einleuchtend, daß, je kleiner diese Elektrode ist, um so steiler werden die Stromlinien von der Pyramidenspitze nach der Basis ziehen, um so größer wird der Intensitätsanteil der Flächeneinheit im

Digitized by Google

Querschnitt bleiben, weil die Stromlinien durch dessen der Pyramidenbasis entsprechende geringere Größe mehr zusammengehalten werden. Unter diesen Verhältnissen wird die Joulesche Wärme noch in größerer Entfernung von der Operationselektrode den Grad der Koagulationstemperatur beibehalten, als wenn eine großflächige, indifferente Elektrode das Auseinanderstreben der Stromlinien begünstigt und damit in der Tiefe fortschreitend einen raschen Intensitätsabfall für die Flächeneinheit im Querschnitt ermöglicht.

Praktisch haben wir im Einzelfall die Technik der diathermischen Behandlung der Harnröhrenkarunkeln bei der Patientin, welche bereits wegen der gleichen rezidivierenden Krankheit eine Harnröhrenplastik ein Jahr zuvor über sich hatte ergehen lassen müssen — sie wurde von anderer Seite gemacht —, folgendermaßen vorgenommen: Die Patientin wurde auf dem Untersuchungsstuhl in Steinschnittlage gebracht, die zu behandelnde Gegend durch Infiltration anästhetisiert. Dann wurde die indifferente Elektrode unter das Gesäß gelegt und die Wirkung des Anästhetikums abgewartet. Sie läßt gegenüber der Wärmeempfindung deutlich länger auf sich warten, wie gegenüber dem schneidenden Messer. Da es sich um eine ererbte schwere Neurasthenie, verschlimmert durch die mannigfachen vergeblichen Versuche, die Patientin von dem Leiden zu befreien, welches auch ihr eheliches Leben trübte, handelte, schien uns weder die Einwirkung größerer Mengen von Anästhetizis noch die längere Dauer einer einmaligen Sitzung ganz unbedenklich, weshalb wir in Etappen vorgingen. Es gelang in vier Sitzungen, die ausgedehnten Wucherungen zu entfernen. Und heute, nach mehr wie einem Jahre, ist auch nicht die Spur eines Rezidivs zu erkennen. Das gesundheitliche Niveau der Patientin ist, soweit es ihre Erbanlage nur zuzulassen scheint, gehoben.

Wir haben diesen Fall von Harnröhrenkarunkeln als Beispiel gewählt, weil er von den zahlreichen diathermisch geheilten einschlägigen Kranken durch sein ausgedehntes Rezidivieren nach Harnröhrenplastik schlagend die Ohnmacht des Messers in seiner Oberflächenwirkung gegenüber der radikalen Tiefenwirkung der Diathermie, worauf ihr Heilwert bei Harnröhrenkarunkeln beruhen dürfte, beweist.

Digitized by Google

V.

Eine praktisch häufige Infektionsweise der Harnblase.

Von

Dr. med. ELSA KOTTMAIER,

Fachärztin für Hautkrankheiten in Mainz.

Es ist ethisch anzuerkennen, daß wir Ärzte in dem Sinne erzogen werden: „Praktisch am häufigsten sehen wir den Blasenkatarrh entstehen nach unreinlichen Katheterisieren." Diesen dem Lehrbuch der Gynäkologie von *v. Jaschke* und *Pankow* entnommenen Satz könnten wir auch fast jedem anderen einschlägigen Werke entlehnen. Nun soll dieser Auffassung selbstverständlich nicht im Prinzip widersprochen werden; ich möchte nur eine häufigere Infektionsmöglichkeit der Blase hervorheben, welche zumindest beim breiten Publikum keineswegs hinreichend gewürdigt wird, wie wir in der Praxis erfahren mußten. Diese alltägliche Infektionsmöglichkeit könnte in ihrer Banalität einem Teil der Ärzte zu selbstverständlich gewesen sein, um sie mit ihren Schutzbefohlenen zu besprechen. Es liegt aber nicht weniger nahe anzunehmen, daß der größere Teil der Ärzte gewissenhaft genug vor allem den oben zitierten Lehren glaubte, welche sie bzw. ihre Helfer mit der moralischen Verantwortung der Entstehung einer Blasenentzündung bei den Patienten mitbelastete. Unter dieser geistigen Voraussetzung mußte selbstredend eine Aufklärung der Kranken zwecklos und unerwünscht sein.

Ganz abgesehen davon, daß, man kann wohl sagen, die meisten blasenkranken Frauen niemals in ihrem Leben katheterisiert wurden, wird jeder, der die mehr oder weniger gezwungenen Erklärungsversuche einer „hämatogenen" Infektion der Blase kritisch betrachtet, bei aller Anerkennung dieser gewiß nicht gar so seltenen Infektionsmöglichkeit nicht von der Meinung kommen, daß, etwa um dieses ärztlichen Verantwortungsgefühles willen, das Nächstliegende zumindest nicht seiner Bedeutung entsprechend betont wurde.

Digitized by Google

Wir wissen, daß die Frau ungleich häufiger an Blasenentzündungen leidet wie der Mann. Mit Recht kann man auf die im Vergleich zum Manne ungünstigen Verhältnisse der kurzen, weiten Harnröhre und des schwächeren Schließmuskels, welcher den Schutz der Blase vor äußeren Infekten garantieren soll, hinweisen. Es ist auch ebenso unbestreitbar, daß die bei der Frau bestehenden günstigeren Existenzbedingungen und Wanderungsmöglichkeiten für Bakterien durch den vielleicht häufiger notwendigen Gebrauch des Katheters bei ihr wie beim Manne eine starke Förderung erfahren. In diesem Sinne läßt die Anwendung des Katheters wieder die Möglichkeit der Schuld. Was aber ist von der Häufigkeit der Zystitis im Kindesalter und im Säuglingsalter zu sagen? Der Katheter ist bei diesen doch gewiß kein alltäglicher Gebrauchsgegenstand. Vielleicht um diesen logischen Mangel zu beheben, wird die hämatogene Infektion der Blase beim Säugling und beim Kleinkind von vielen als das *häufigere* Vorkommnis angesehen. Und in der Tat spricht ja auch die Ausscheidung verschiedener, im Blute darmkranker Säuglinge kreisender Bakterien in den Harn für eine Möglichkeit dieser These. Dazu kommt als weitere innere Übertragungsmöglichkeit der Lymphweg, dessen Bahnweite ja beim Kinde die Wanderung der Bakterien besonders begünstigen würde.

Allein dieser anscheinend so gut begründeten Annahme der Blaseninfektion von innen heraus steht jedoch auch beim Kinde die Tatsache gegenüber, daß Mädchen etwa dreimal so häufig erkranken als Knaben! Wir kämen unter Voraussetzung einer größeren Häufigkeit des inneren Weges der Blaseninfektion bereits beim Kinde und Säugling zu einer nach Geschlechtern verschiedenen Pathogenese des gleichen Leidens! Dieser Schluß scheint angesichts des physiologisch-geschlechtlich neutralen Zustandes des Säuglings besonders absurd und gezwungen. Die externe Infektion der Blase des Säuglings drängt sich so ganz von selbst in den Vordergrund. Sie beansprucht um so größere Beachtung, wenn wir uns zu erklären versuchen, wie es kommt, daß die Blasenentzündungen in der Zeitspanne zwischen drittem und sechstem Lebensmonat ihren Höhepunkt erreichen. Zur Erklärung dieser bei vorzugsweiser Annahme innerer Infektionsmöglichkeit schwer verständlichen Häufung vermag die Meinung von einem Vorwiegen des äußeren Infektionsmodus der Blase darauf hinzuweisen, daß häufig in dieser Zeit bereits die Notwendigkeit der teilweisen oder ausschließlichen Darreichung einer keimhaltigeren Nahrung, als die Muttermilch darstellt, ge-

Digitized by Google

geben ist. Wenn sich das Vorkommen der Zystitis im zweiten Jahre allmählich vermindert, so liegt es nahe, das günstige Moment in der durch das Kind selbst geregelten Stuhlentleerung zu sehen, welche dem zeitweiligen Kotbad der äußeren Geschlechtsteile des Säuglings ein Ende bereitet.

Wer nach diesen Erwägungen unvoreingenommen die Dinge beurteilt, dem werden sich auch beim Erwachsenen die Umstände, welche zu so häufiger Blaseninfektion gerade der Frau führen, viel einfacher mehr als äußere darstellen wie als innere. Aber sie werden ihm auch viel häufiger mit dem täglichen Leben des Normalen verbunden erscheinen als mit den bei Kranken notwendigen Manipulationen der Ärzte oder ihrer Gehilfen. Wer sich einmal als Arzt bei seinen Patienten für die Art der Reinigung nach dem Stuhlgang interessiert, wird gerade von dem Großteil der Frauen immer wieder hören, daß die Richtung der Reinigung meist von hinten nach vorn geht. Was die sorgliche Mutter vielfach bei ihrem Säugling beachtet, keinen Kot durch diese verkehrte Richtung der Reinigung in Scheide und Harnröhre zu schmieren, hat die Frau vergessen oder für sich aus Bequemlichkeit ignoriert. Der Mann hingegen ist in dieser Hinsicht nicht nur durch die andersartige anatomische Beschaffenheit der Harnröhre, sondern auch durch die Lage des Skrotums vor solcher Unsitte bewahrt.

Die praktische äußere Infektionsmöglichkeit der Harnblase scheint mir sonach weit mehr eine Frage der Hygiene im täglichen Leben des einzelnen als etwa eine Frage der Schuld von Ärzten und ihrer Gehilfen.

Digitized by Google

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung am 10. Januar 1928.

Herr *Arndt* (ausführlich in einem der nächsten Hefte).

Herr *Gottron* (Universitäts-Hautklinik): *L. congenita tarda* bei einem 25jährigen Mann. Familienanamnese bezüglich Lues negativ. Der Kranke hatte in der Schule nur die III. Klasse erreicht. Die Entwicklung der jetzigen Krankheitsveränderung begann vor ½ Jahr. Sitz der Erkrankung ist ausschließlich die linke Schläfenhälfte. Hier findet sich ein 8 : 6 cm großes Ulkus, das großbogig begrenzt ist, steil abfallende Ränder aufweist und einen etwas unregelmäßigen, höckrigen Geschwürsgrund erkennen läßt. Auffallend die vollkommen fehlende, narbige Abheilung. Bei weiterer Beobachtung war in kurzer Zeit durch kleine Jodgaben und intramuskuläre Injektionen von Hg salicyl (à 0,025) eine vollkommene Vernarbung erzielbar.

Wa. R.: ++++ Pirquet: —
S. G. R.: ++++

Herr *H. Freund* (Universitäts-Hautklinik): ***Recklinghausensche Krankheit und Akromegalie.***

62jährige Frau. Früher im allgemeinen schwächlich, jedoch gesund. 1917 begann sich eine Schwellung des rechten Oberarms und am Schulterblatt zu entwickeln, welche niemals schmerzte, aber ständig größer wurde. In den folgenden Jahren allmähliche Entstehung kleiner Geschwülstchen, zuerst im Gesicht, später am Rumpf. 1919 Sturz auf den Hinterkopf. 1920 wurde eine Vergrößerung von Nase, Händen und Füßen bemerkt, Handschuhe und Ehering paßten nicht mehr, es mußten größere Schuhe gekauft werden. Urinmenge stets normal, kein vermehrtes Durstgefühl.

Befallen Gesicht und Rumpf, Extremitäten nahezu frei. Im Gesicht sind die Tumoren vorzugsweise an den Augenlidern und deren Umgebung lokalisiert, und zwar finden sich auf Ober- und Unterlid je 7—8—10 schrotkorn- bis erbsgroße weiche, meist gestielte Geschwülstchen. Am Rumpf stehen die Tumoren einzeln in ziemlich großer Entfernung voneinander. Am rechten Oberarm sowie neben dem rechten Schulterblatt in der hinteren Axillarlinie fühlt man je eine unter dem Niveau der Haut gelegene, etwa hühnereigroße, weiche, verschiebliche Geschwulst (Lipome). Einzelne, zirka linsengroße Pigmentflecke auf Schultern und Armen. Diffuse Braunfärbung der Vorderarme. An den Nervensträngen im Sulcus bicipitalis beider Seiten Verdickungen.

Hände und Füße auffallend groß, erstere besonders breit, tatzenartig. Nase, Unterlippe und Zunge ebenfalls deutlich vergrößert, Kinn weniger. Röntgenaufnahme der Sella turcica: Größe (umgerechnet) 12 : 12 mm. Atrophie der Rückwand und der Proc. clin. post. Nervensystem und Augenhintergrund o. B. Histologisches Bild eines Hauttumors: typisches Neurinom.

Herr *Buschke* demonstriert:

Eine 50jährige Frau, welche am rechten Unterschenkel im Bereich mehrerer Voigtscher Grenzlinien einen hochgradigen hyperkeratotischen Naevus aufweist. Wie sie angibt, lassen sich die stalaktitenähnlichen Hyperkeratosen durch Salben beseitigen, um dann bald wiederzukehren. Da die Affektion zur Zeit von solchen Hornauflagerungen vollkommen überlagert und eine histologische Untersuchung nicht möglich ist, läßt sich etwas Genaueres über die Struktur des Grundnaevus nicht sagen.

Digitized by Google

Herr Bruhns: 1. Morbus Recklinghausen ohne Tumoren.

8jähriger Knabe, die jetzt bestehenden braunen Flecken schon seit der Geburt vorhanden. Sonstige Anamnese o. B. Es bestehen auf Brust und Rücken, linker Stirnhälfte, oberem Teil der Oberschenkel vorn und oberhalb der linken Kniekehle eine Anzahl größerer und kleinerer brauner Pigmentflecken. Größe schwankt zwischen Hanfkorn- einerseits und Fünfmarkstückgröße andrerseits. Form der Flecken überall rund oder oval, keine zackige Begrenzung. Keine Tumorbildung. Geistige Fähigkeiten etwas herabgesetzt, der Knabe lernt schwer. Kein Recklinghausen in der Verwandtschaft bekannt. Es handelt sich nicht um gewöhnliche Pigmentnaevi, da deren Begrenzung vorwiegend zackig, nicht rund wie hier, sein würde *(Siemens)*. Der Fall muß zunächst als Frühform von Recklinghausen, nicht als Abortivform bezeichnet werden, weil wir wissen, daß die Tumoren oft erst in späteren Jahren, lange nach den Flecken, auftreten.

2. Neurodermitis diffusa mit akuten impetiginösen Eruptionen (Prurigo diathésique Besnier).

24jährige Frau, die seit 5 Jahren in den Ellenbeugen, Kniebeugen und im Gesicht Erscheinungen von Neurodermitis mit starkem Jucken hat. Jetzt besonders in den Ellen- und Kniebeugen typische, gefelderte Neurodermitis chronica. Vor 2 Jahren akute Eruption auf den Armen, jetzt vor 14 Tagen der gleiche Ausbruch auf Armen, Hals und Nacken in Form von impetiginösen Bläschen und Krusten, die stark jucken. An den Armen sind Streck- und Beugeseiten befallen, Beine, außer Erscheinungen an den Kniebeugen, so gut wie frei, auch Rumpf frei. Abheilung ohne wesentliche Narbenbildung. Gegen Prurigo Hebrae spricht Lokalisation und die primäre Bläschenbildung, auch natürlich der späte Beginn.

Aussprache:

Herr *Pinkus* macht darauf aufmerksam, daß *Siemens* für die flachen Pigmentflecke der Recklinghausenschen Krankheit auf ihr besonderes, milchkaffeeähnliches Braun, im Gegensatz zu dem Dunkel- bis Hellbraun der gewöhnlichen Pigmentnaevi, hingewiesen habe.

Herr *Löhe:* 51jähriger Mann. 1899 Infektion mit Lues. 3 Einreibungskuren 1899, 1899 und 1905. — 1918 Geschwür am rechten Oberschenkel, Kur mit Quecksilber und Salvarsan. Seit Oktober 1927 Beschwerden beim Urinieren infolge von Verhärtungen im Glied, Ende November Knoten am Hodensack rechts, der unter warmen Umschlägen aufbrach und blutiges Sekret entleerte. 26. Dezember plötzlich sehr starke Anschwellung des Gliedes, hauptsächlich der Eichel; unter heißen Breiumschlägen Durchbruch am 27. Dezember im Sulcus coronar. rechts, Entleerung von Eiter mit Urin. — L.C. Juli 1927 ohne jede Beschwerde.

Großer Mann in gutem Ernährungszustand. Innere Organe o. B. Urin frei von Eiweiß und Zucker. Der Penis ist in ganzer Ausdehnung verdickt, ganz besonders stark die Glans, welche ein derbes Ödem aufweist; an ihrer Unterseite eine Gruppe von erbsengroßen, braunrötlichen, derben Infiltraten, von denen zwei oberflächlich ulzeriert sind. Die Harnröhrenmündung ist infolge des Infiltrates zu einem schmalen Schlitz verengt. Im Sulc. neben dem Frenulum links entleert sich aus einer schlitzförmigen Öffnung dünnflüssiges Sekret, bei der Miktion tropfenweise Urin. Beide Corpora cavernosa pen. sind in ganzer Ausdehnung als weiche Gebilde abzutasten, während das Corpus cavernosum urethrae als pfeifenrohrförmiges, hartes Gebilde durch die ganze Länge des

Digitized by Google

Penis hin bis zum Angulus peno-scrotalis abzutasten ist. Die Verhärtung setzt sich ohne scharfe Grenze in das Infiltrat der Glans fort, während sie nach der Radix penis zu sich etwas verjüngt. — Auf der Unterseite des Scrotum rechts befindet sich eine Fistel, die in die Pars bulbosa urethrae mündet und aus welcher sich bei der Miktion reichlich Urin entleert. Aus der Harnröhrenmündung tritt auf Druck spärlich dünnflüssiges Sekret (Ek ++, Ep ++, Gk —) aus, der Urin wird in dünnem geteilten Strahl nur unter Anstrengung abgegeben. — Bei der Spülprobe ist der Urin leicht getrübt, enthält im Sediment zahlreiche Leukozyten, wenig rote Blutkörperchen. Die Harnröhre ist hochgradig verengt, wie sich außerordentlich charakteristisch in dem Röntgenbild zeigt, nur ein filiformes Bougie läßt sich einführen. — Die Prostata ist im ganzen vergrößert, sehr derb, im rechten Lappen sind einzelne Knoten zu tasten. Das Prostatasekret enthält Leukozyten und einzelne Erythrozyten. — Leistendrüsen beiderseits kaum geschwollen, bohnengroß.

Diagnose: Tertiäre Lues, gummöses Syphilid der Glans, Cavernitis gummosa des Corpus cavernosum urethrae. Prostatitis gummosa(?). Ob es sich um eine gummöse Erkrankung der Prostata handelt, wird erst die weitere Beobachtung ergeben; dafür spricht, daß ebenso wie die Veränderungen am Penis auch die Schwellung und Derbheit der Prostata nach 8tägiger Darreichung von Jodkali bereits wesentlich abgenommen hat. — Gonorrhoe kann ausgeschlossen werden, da Patient nie diese Krankheit gehabt hat, auch jetzt keine Anhaltspunkte vorhanden sind. Auch für Tbc. und Karzinom liegen keinerlei Anzeichen vor.

Der Fall lehnt sich an den von mir in der Sitzung der Berl. Derm. Gesellschaft vom 10. 11. 1925 vorgestellten an, bei welchem es sich umgekehrt wie hier um eine gummöse Cavernitis der beiden Corpora cavernosa penis handelte, während das Corpus cavernosum urethrae frei war.

Aussprache:

Herr *Heller* fragt, ob irgendein Trauma nachgewiesen ist.
(Nein.)

Herr *Baum:* Demonstration eines 41jährigen Bankbeamten, der seit 1911 ständig an Psoriasis leidet, die trotz aller möglichen Behandlungsmethoden nie ganz verschwunden ist. Seit Februar 1927 hat er außer einer milden Lokalbehandlung (meist weiße Präzipitatssalbe) ständig Arsen bekommen, zirka 0,01 acid. arsenicos. pro die. Die Psoriasis plaques sind in Abheilung mit Hinterlassung von Pigmentierung; statt dessen hat sich seit Ende November disseminiert über dem Rumpf ein Exanthem entwickelt, das ganz dem Bild des Lichen ruber gleicht.

Auf die Entwicklung von lichenoiden Ausschlägen im Verlaufe einer Arsenbehandlung hat vor längerer Zeit schon *Buschke* hingewiesen. In der Literatur sind seitdem viele solcher Fälle beschrieben. Ein ähnlicher Fall der Entwicklung von Lichen ruber bei Psoriasis nach Arsendarreichung ist von *März* beschrieben. Wir stehen hier vor der Tatsache, daß das Mittel, welches als Hauptmittel gegen den Lichen angewandt wird, gelegentlich selbst einen solchen Ausschlag hervorbringt, was an die Grundanschauungen der Homöopathie erinnert.

Nachträglich möchte ich erwähnen, daß ich einen ähnlichen Fall beobachtet habe. Es handelte sich um einen 16jährigen Banklehrling, der 1½ Jahre

Digitized by Google

lang an Psoriasis am rechten Knie litt und nach 4 Wochen, in denen er im ganzen 0,25 acid. arsenicos. genommen hatte, an beiden Handgelenken einen charakteristischen Lichen-ruber-artigen Ausschlag bekam.

Aussprache:

Herr *Buschke:* Der sichere Zusammenhang zwischen Arsenmedikation und Lichen ruber respektive Lichen-ruber-ähnlichen Exanthemen ist bisher nur beim Salvarsan gelungen und jetzt wohl allgemein anerkannt. Auf die Bedeutung für den homöopathischen Gedanken bei der Entstehung dieser von mir zuerst beschriebenen Exantheme habe ich schon früher hingewiesen: daß dasselbe Medikament, welches die Lichen-ruber-Attacke heilt, dieselbe hervorzurufen imstande ist. Was nun die Beziehung des Arsens in einfacherer Form zu der Entstehung des Lichen ruber betrifft, so gebe ich zu, daß die bisherigen Erfahrungen, einen sicheren Zusammenhang ähnlicher Art sicher anzunehmen, wie bei den Salvarsanexanthemen, nicht gestatten. Immerhin wissen wir, daß bei Bestehen eines Lichen ruber durch das Arsen eine Verschlimmerung hervorgerufen werden kann. Ich selbst habe einen Fall von Psoriasis beobachtet, der besonders hartnäckig war, wo wir ein neues organisches Arsenpräparat versuchten. Auf dasselbe hin entwickelte sich, ohne daß die Psoriasis sehr gut beeinflußt worden war, ein Lichen-ruber-artiges Exanthem, welches nach Aussetzen der Medikation zurückging und bei Wiederholung derselben wieder auftrat, so daß doch an einen Zusammenhang zwischen Hautaffektion und Arsen zu denken war. Es liegt ferner die Beobachtung aus der Hammerschen Abteilung in Stuttgart vor, wo ebenfalls nach einfacher Arsenmedikation bei Psoriasis ein Lichen ruber sich entwickelte. Ich selbst habe ein spontanes Zusammenvorkommen beider Affektionen trotz eines riesigen Krankenmaterials, was gerade bezüglich der Psoriasis durch meine Hände geht, soweit ich mich erinnere, niemals beobachtet. Daß es vorkommen kann, nachdem das hier erwähnt ist, will ich nicht bestreiten; aber erstens müßte dann festgestellt werden, ob wirklich hier keine Arsenmedikation vorlag, und ferner ist bei dem Hammerschen Fall schon hervorgehoben worden — ganz entsprechend meiner Theorie —, daß die psoriatische und lichenoide Disposition nebeneinander vorkommen kann.

Die ganze Art des Verlaufs des Baumschen Falles läßt es mir nach allem sehr wahrscheinlich erscheinen, daß hier zwischen der Eruption des Lichen ruber und der Arsenmedikation ein kausaler Zusammenhang besteht; insofern halte ich diesen Fall prinzipiell für sehr wichtig.

Herr *O. Rosenthal* macht darauf aufmerksam, daß in der Literatur vereinzelte Fälle veröffentlicht sind, bei denen Psoriasis und nachher Lichen rub. plan. beobachtet wurden, ohne daß den Kranken Arsenik verabreicht worden war. Er selbst hat vor einer Reihe von Jahren einen einschlägigen Fall in dieser Gesellschaft vorgestellt.

Herr *Baum* (Schlußwort): An der Tatsache, daß es sich um eine typische Psoriasis vulgaris ohne lichenoide Effloreszenzen gehandelt hat und jetzt ein typischer Lichen-ruber-artiger Ausschlag besteht, ist nicht zu zweifeln.

Herr *E. Kadisch: Beitrag zur Lebensdauer des Gonokokkus.*

I.

Im Gegensatz zu der Leichtigkeit, mit welcher vielen Autoren die Züchtung der Gc. gelungen zu sein scheint, habe ich in Untersuchungen, bei welchen

Digitized by Google

ich von Herrn *Ruan* in unserer Klinik unterstützt wurde, gefunden, daß das Arbeiten mit Gc. ein Gebiet darstellt, welches zu seiner Beherrschung besonderer Übung und Fertigkeit bedarf. In langdauernden Arbeiten habe ich in der Richtung des Levinthalschen Bodens verschiedene Nährböden auf ihre Geeignetheit untersucht. Es wurden Kochblutböden von Schweineblut, Hammelblut, Pferdeblut und andere geprüft. Hier zeigte sich, daß der Pferdekochblutagar den andern überlegen ist. Vornehmlich jedoch machte ich die Erfahrung, daß die Alkalität und die Feuchtigkeit das Wachstum der Gc. maßgebend beeinflussen. Für die Abimpfung vom Patienten benutzte ich abweichend von der Levinthalschen Vorschrift 1,8—1,85%igen Agar, für die Passagen 1,3 bis 1,5%igen. Als Kriterien für die Identifizierung der Gc. wurde neben den üblichen von uns die Vergärung von Traubenzucker benutzt. Die Sterilhaltung des Nährbodens hat im klinischen Laboratorium ihre Schwierigkeiten. Ich demonstriere Ihnen hier, wie mit primitiven Hilfsapparaturen sowohl die Filtration als auch das Abfüllen steril vorgenommen werden kann.

II.

Meine Versuche über die Lebensdauer der Gc. wurden mit einer Serie *frischer* Stämme angestellt. Leinenläppchen, Holz- und Schwammstücke wurden einmal mit Kulturflüssigkeit, ein zweites Mal mit einer Aufschwemmung von Gc. in abgekochtem Leitungswasser und drittens mit der trockenen Oberflächenkultur getränkt respektive beschmiert. Die Gegenstände wurden in Petrischalen im Brutschrank, im Eisschrank und bei Zimmertemperatur aufbewahrt. Hier möchte ich nur hervorheben, daß auch bei Zimmertemperatur die Lebensdauer 24 Stunden betrug, nur bei der trockenen Aufbewahrung sank sie auf 4 Stunden. Im Eisschrank zeigte sich die Lebensdauer geringer als bei Zimmertemperatur, nur bei der trockenen Aufbewahrung ergaben sich gleiche Stundenzahlen. Auf die indirekte Infektionsmöglichkeit ist nach diesen Versuchsergebnissen und denen von *Engering* u. a. noch wesentlich mehr zu achten. (Die ausführliche Veröffentlichung erscheint demnächst im Archiv für Dermatol. und Syph.)

Aussprache:

Herr *Buschke:* Bezüglich Beobachtungen der Lebensdauer der Gonokokken außerhalb des Körpers möchte ich doch immerhin erwähnen, daß nach den Untersuchungen *Ungermanns*, die wir mit *Langer* nachprüfen und erweitern konnten, die Gonokokken unter anaeroben oder fast anaeroben Bedingungen sich monatelang lebend erhalten können. Es wäre doch in Erwägung zu ziehen, ob auch bei den in der Natur vorkommenden gonorrhöischen Infektionen, wenn sie nicht von Mensch zu Mensch zustandekommt, zum Teil ähnliche Bedingungen in Frage kommen können.

Was den Influenzanährboden betrifft, so muß seine Darstellung allerdings außerordentlich subtil ausgeführt werden; man kann dann allerdings oft — auch nach unseren Erfahrungen — einen ausgezeichneten Nährboden für Gonokokken an ihm besitzen.

Herr *Alfred Cohn:* Der Kochblutagar nach *Levinthal* hat sich mir außerordentlich bei der Züchtung von Gonokokken im Verlaufe mehrjährigen experimentellen Arbeitens im Robert Koch-Institut bewährt. Bezeichnend für die optimale Güte dieses Nährbodens ist allein die Tatsache, daß bei Abimpfung von unbehandelten Gonorrhoea-anterior-Fällen die Kulturen in 100% angehen.

Digitized by Google

Was die angebliche Verunreinigung der Kochblutagarplatte mit anderen Keimen betrifft, so liegt das an ihrer Empfindlichkeit und kann bei einwandfreier, bakteriologischer Technik vermieden werden. Das gleiche gilt für die Herstellung des Nährbodens, die bei sterilem Arbeiten jede besondere Apparatur absolut überflüssig macht. Auch wir haben im Institut sowohl mit 2% igem wie mit 1½% igem Agarzusatz gearbeitet, ohne besondere Unterschiede beobachtet zu haben.

24stündiger Aufenthalt im Eisschrank, ein gleichlanger oder sogar 48-stündiger Aufenthalt bei Zimmertemperatur braucht noch keine Schädigung der Gonokokkenkulturen nach sich zu ziehen. Ich erwärme nie vor Beimpfung die Platten.

Die Differenzierung der Gonokokken bietet bisweilen zweifellos Schwierigkeiten, da Agglutination und Dextrosevergärung bei manchen Stämmen versagen.

Bezüglich der Dauerkulturen hat sich mir die Konservierung der Stämme im Kochblutagarstich bewährt; guter Nährboden und Herabsetzung der O_2-Spannung dürften hierbei von besonderer Bedeutung sein.

Herr *Michael:* Auf die Ausführungen von Herrn *Alfred Cohn* möchte ich erwidern, daß auch mir die Züchtung der Gonokokken gut gelingt. Was ich nur hervorheben wollte, ist, daß die Schwierigkeiten der Gc.-Züchtung wesentlich größere sind als die der sonstigen bakteriologischen Technik — womit ich also mit Herrn *Cohn* völlig übereinstimme, welcher eine besondere Übung und Fertigkeit auch für erforderlich hält. Auch ich arbeite seit vielen Jahren mit Kochblutagar, habe jedoch gefunden, daß der *Pferde*kochblutagar am geeignetsten ist. Was die Wasserstoffionenkonzentration anbetrifft, nach welcher gefragt wurde, so wurde von mir der Boden auf p_H 7,4—7,5 eingestellt. Zu den Ausführungen von Herrn *Buschke* möchte ich bemerken, daß mir die Konservierung der Gc. in *Ungermann*-Röhrchen bekannt ist, es handelte sich für mich bei den Untersuchungen um die Feststellung der Lebensdauer unter Verhältnissen, welche den aeroben Bedingungen der indirekten Übertragung der Gc. angepaßt sind.

Herr *Pinkus* demonstriert erstens an Lichtbildern eine *akute Dermatitis* am Gesicht und Hals einer Dame, die ein *chininhaltiges* Kopfwasser benutzt hat, und deren Ablauf.

2. Einen Fall von *schwerer Idiosynkrasie gegen Hühnereiereiweiß.*

10 Minuten nach intrakutaner Injektion von frischem Hühnereiweiß entstand ein schwerer Urtikariaausbruch mit Anschwellung von Gesicht, Armen, Körper und Beinen. Dauer des Anfalls bis zu leichter Besserung etwa 2 Stunden, bis zu völliger Wiederherstellung fast eine Woche. Der Anfall sah durch Atemnot im Anfang hochbedrohlich aus. Injektion von 1,0-Serum der Patientin, 24 Stunden und 8 Tage nach dem Anfallsbeginn entnommen, ergab mit Nachinjektion von 0,1 frischen Hühnereiereiweißes eine Sofortreaktion und 24 Stunden später eine ausgedehnte Dermatitis am Arm des Vortragenden sowie bei einem andern, sonst gegen Hühnereiereiweiß nicht empfindlichen Menschen. 0,1 frisches Blut der Patientin intrakutan mit Nachinjektion von 0,1 frischem Hühnereiereiweiß nach 12 Stunden ergab im Laufe der nächsten 5 Tage eine starke entzündliche Anschwellung (rot und ödematös vom Ellbogen bis zur Hand) mit 2 Tage dauerndem Unwohlsein und 38,5° Fieber. Überempfindlichkeit beim Essen frischen ungekochten Hühnereies bestand nicht. 0,1 Serum der Patientin ergab bei einem gesunden Mädchen in der ersten halben Stunde

Digitized by Google

eine Quaddel von 2,0 × 1,3 cm mit rotem Hof, 0,1 Serum der Patientin + 0,1 frisches Hühnereiereiweiß, gemischt, ergab eine stärkere Quaddel von 2,5 × 1,5 cm Ausdehnung mit größerem roten Hof. Die Injektionsquaddeln waren gleichgroß angelegt worden (0,5 × 0,5 cm).

Herr *Max Michael: Grundfragen der Staphylokokkenvakzinetherapie* (Vortrag).

Das Grundproblem der Staphylokokkenvakzinetherapie ist die Frage nach der Einheitlichkeit des Erregers, ob der saprophytisch auf Haut und Schleimhäuten vorkommende Staphylokokkus identisch ist mit dem Erreger der Furunkulose, Osteomyelitis usw., oder ob die verschiedene Reaktionsfähigkeit des Organismus für die verschiedenartige Wirkung des Staphylokokkus verantwortlich zu machen ist. Die Differenzierung saprophytischer und pathogener Staphylokokken ist mittels keiner einzigen Methode allein möglich, auch Agglutininbildung und Hämolyse sind allein nicht ausschlaggebend; erst aus der Übereinstimmung färberischer, kultureller und biologischer Merkmale läßt sich mit weitgehender Wahrscheinlichkeit der pathogene Charakter erkennen. Auf der Haut Gesunder wurde unter 45 Fällen nur 3mal pathogene Typen gefunden, auf der Haut von 15 Patienten, die an eitrigen Prozessen litten, 12mal.

Um die Frage der Einwirkung der Staphylokokkenvakzine auf den Agglutinationstiter zu prüfen, wurde zunächst der Agglutinationstiter von Gesunden geprüft. Das Normalserum zeigt einen Agglutinationstiter in Verdünnungen von $^1/_{10}$—$^1/_{40}$ gegenüber Staphylokokkenstämmen. Patienten, die an Staphylodermien litten, zeigten einen Titer $^1/_{400}$—$^1/_{2400}$. Tiefen Staphylodermien ist anscheinend ein höherer Titer zu eigen als oberflächlichen. Nach Einspritzungen von Staphylokokkenvakzine war ein vom dritten Tag beginnender, nach zirka 8—9 Tagen den Höhepunkt erreichender Titeranstieg festzustellen, und zwar im Gefolge intravenöser und intrakutaner Injektionen stärker als bei subkutanen Injektionen. Bei ersteren Anwendungsweisen wurden Titeranstiege bis $^1/_{5000}$, gelegentlich bis $^1/_{10\,000}$ beobachtet. Die Annahme, daß es sich bei der Staphylokokkenvakzinewirkung um eine spezifische Antikörperbildung handelt, ist nicht haltbar, denn die Prüfung mittels Arthigoneinspritzung bei Gonorrhöikern ergab völlig analoge Resultate, auch hierbei zeigten sich Unterschiede zwischen intravenösen und intrakutanen Injektionen und subkutanen. Zur Erklärung der Wirkung der Staphylokokkenvakzine muß man annehmen, daß in Analogie zur Trichophytie der Furunkel respektive die sich entwickelnde Papel an der intrakutanen Injektionsstelle einen allergischen Prozeß darstellt, eine Auffassung, die bezüglich des Furunkels schon früher von *v. Wassermann* vertreten wurde. Nach den Forschungsergebnissen der letzten Jahre darf man annehmen, daß das sympathische Nervensystem bei dem Auslösungsmechanismus eine entscheidende Rolle spielt, woraus sich die Unterschiede zwischen intrakutanen und subkutanen Injektionen erklären. Für die Wirkung intravenöser Staphylokokkeninjektion ist eine unspezifische Reizwirkung anzunehmen, für die zahlreichen Parallelen in der Wirkung von Paratyphusvakzine vorliegen. Der Weg über die Hyperergie zur Anergie erklärt auch das Verschwinden von Rezidiven im Gefolge der Vakzineeinspritzung und reiht die Vakzinetherapie auch theoretisch in den Kreis der übrigen therapeutischen Methoden ein.

Digitized by Google

Dermatologen-Tagung in Straßburg vom 14. Juni 1927.

Thema: Lichen planus.

Vorsitzender: L.-M. Pautrier.

Pautrier legt in der Eröffnungsansprache die Gründe dar, welche bestimmend waren, ein einziges Thema auf die Tagesordnung zu setzen.

I. Symptome und Entwicklung.

L. Brocq: Beitrag zum Studium der Abgrenzung des Lichen planus. (Seine Beziehungen zur *Psoriasis* und *Parapsoriasis.*)

Zunächst kann sich der Lichen planus bei seinem Beginn unter dem Bilde einer *Psoriasis* oder einer trockenen psoriasiformen Parakeratose verstecken. Weiterhin können primär papulöse Effloreszenzen, welche an Lichen planus erinnern, auftreten und später den Charakter einer *Parapsoriasis* annehmen, von denen im Gegensatz zur Parapsoriasis maculosa bzw. guttata die Parapsoriasis lichenoides (der Paralichen) oder Lichen variegatus *(Radcliffe, Crocker)* vielleicht eine Abart des Lichen planus darstellt.

G. Petges, Der Lichen planus bei Kindern.

In *Bordeaux* wurden unter *5600* hautkranken Kindern *10* mit Lichen planus gezählt, deren Alter zwischen 6½ Monaten und 11½ Jahren schwankte. Erbliche Belastung war nicht nachzuweisen. Die meisten Fälle waren schnell entstanden, und sechsmal war Generalisierung eingetreten. Die Prognose ist günstig.

I. M. Peyri, Ein Fall von Lichen planus striatus in Zosterform *(Radcliffe, Crocker).*

Kasuistik: 2 Jahre 4 Monate alter Knabe. Zuerst kleine Papeln in Bandform auf dem r. Handrücken, später am r. Ellenbogen. Heilung durch Radium.

Aussprache: Gouin bespricht die Dermatosen, die sich in Lichen planus umwandeln können; er sah solche Umwandlung bei psoriasiformer Parakeratose, polymorphem Erythem und urtikarieller Prurigo *(Noguer-Moré). Pautrier* glaubt nicht an solche „Umwandlungen", vielmehr handele es sich von Anfang an um atypischen Lichen. *Ramel* sah zwei Fälle von nässender Salvarsandermatitis in einen Lichen planus annnularis übergehen. *Du Bois, Pautrier.*

II. Pathologische Anatomie.

R. Sabouraud, Zur pathologischen Anatomie der Lichen planus.

S. verweist auf seine Arbeit in den Annales aus dem Jahre 1910.

L.-M. Pautrier und *Diss,* Über den Nachweis nervöser Elemente und das Vorherrschen nervöser Veränderungen in der Lichen-planus-Papel.

Verfasser besprechen das präpapulöse Stadium sowie das Stadium der beginnenden und voll ausgebildeten Papel; ihre Untersuchungen wurden in erster Linie mit Bindegewebsfärbemethoden und Silberimprägnationen vorgenommen. Auf diese Weise konnten sie bei Lichen planus Zellen mit langen Faserfortsätzen, Zellhaufen inmitten von Fibrillennetzen, perivaskuläre Zellen mit fibrillären Ausläufen und nervöse Veränderungen neu nachweisen.

Georges Lévy, Das melanotische Pigment beim Lichen planus.

Während die Lichenpapel klinisch erst bei der Rückbildung Pigmentierung zeigt, ist diese histologisch schon von Anfang an vorhanden, wird aber durch

Digitized by Google

die mit Verdickung einhergehenden Epidermisveränderungen überdeckt. Die Langerhansschen Zellen im Bereiche der Papel verschwinden und geben ihr Pigment an die Histiozyten ab, welche zu Chromatophoren werden.

Aussprache: Civatte, Pautrier, Diss, Watrin, Diss, Ramel, Lévy (Schlußwort).

III. Therapie.

Arsenbehandlung.

Jeanselme und *Burnier*, Zum Lichen planus.

Übersicht über 100 Fälle hinsichtlich der Verteilung auf die Haut (46), die Schleimhaut (22) und beides zusammen (32), sowie nach Lebensalter (vorwiegend zwischen 20. und 40. Lebensjahre) und Geschlecht (47 Männer, 33 Frauen).

Behandlungserfolge mit Arsenpräparaten und indirekter Röntgenbehandlung. Wiederum lauten die Erfahrungen mit Röntgenbestrahlungen der Interskapular- und Lumbalgegend sehr ermutigend.

Hudélo und *Rabut*, Betrachtungen über 108 Fälle von Lichen, die seit 1. 1. 1922 zur Beobachtung kamen.

Auch hier Frequenzmaximum im mittleren Alter (30—50 Jahre). Ätiologisch und klinisch nichts Neues. Erfahrungen mit Novarsenobenzolbehandlung. Nach medullärer Bestrahlung erfolgte einmal Generalisierung (wie in einem Falle von *Hufschmidt*). Verfasser kehrten deshalb zur Sympathikusbestrahlung zurück. Dabei war die Beeinflussung der Hauterscheinungen gut, diejenige der Munderscheinungen erfolgte nur langsam.

Carle, Wirkung des Arsens bei der Behandlung des Lichen planus.

C. sah von Behandlung mit metallischem Arsen keine befriedigenden Erfolge, konnte sich allerdings auch nicht entschließen, in der Dosierung so hoch zu gehen, wie das von der alten Wiener Schule gefordert wird. Mit organischen Arsenpräparaten erhielt *C.* geradezu spezifische Erfolge.

L.-M. Pautrier, 3 Fälle von Lichen planus, die durch Novarsenobenzol im Laufe einer antisyphilitischen Behandlung provoziert wurden.

Aussprache: Hufschmidt, I. Peyri und *Jos. Peyri, Gouin* und *Bienvenue, Bory, Payenneville, Watrin, Weiß, Margarot, Lévy-Franckel, Fernet, Ramel, Pautrier.*

Andere interne Heilmittel.

K. Hübschmann, Die Behandlung des Lichen planus mit Injektionen von Bromnatrium.

10% Bromnatriumlösung in physiologischer Kochsalzlösung (täglich oder alle 2 Tage, im ganzen 14- oder 15mal je 10 ccm) führte in 2 Fällen zu gutem Rückgang.

I. Watrin, Lichen planus seit 9 Jahren. Behandlung durch Röntgenbestrahlung des Rückenmarks und intravenöse Injektionen von Natriumhyposulfit.

Gute Beeinflussung von der 6. Injektion an.

Aussprache: Noguer-Moré, Ambard, Carle. Pautrier faßt zusammen, daß das metallische Arsen mehr und mehr an Anhängern verliert, daß die organischen Arsenpräparate sich zwar sehr wirksam zeigen, daß aber auch ihre schädliche (provokatorische) Wirkung immer deutlicher wird.

Digitized by Google

Lumbalpunktion.

P. Ravaut, Lichen planus und Lumbalpunktion.

R. verweist auf die von *Thibierge* und *ihm* seit dem Jahre 1905 mehrfach veröffentlichte Erfahrung hin, daß Lichen planus und andere pruriginöse Erkrankungen durch den Eingriff der Lumbalpunktion in ihrem Juckreiz gemildert und auch sonst gebessert oder geheilt werden.

L.-M. Pautrier, Mitteilung über die Resultate der Lumbalpunktion bei der Behandlung des Lichen planus und über die Beschaffenheit des Liquors.

In 7 Fällen war die Wirkung auf den Juckreiz immer deutlich. Sie erscheint oft schon am folgenden Morgen. Ein völliges Verschwinden der Hauterscheinungen trat nie ein. Der Liquor war fast immer normal.

Aussprache: Margarot, Noguer-Moré, Ramel.

Behandlung mit Röntgenbestrahlung der Medulla oder des Sympathikus.

I. Gouin und *A. Bienvenue,* Röntgenbehandlung des Lichen planus. Resultate. Wirkungsweise. Pathogenese.

Die Verfasser wenden ihre Methode der indirekten Bestrahlung seit dem Jahre 1919 unverändert an: 5 H, ohne Filterung, interskapulär und in der Lumbalgegend. Der Juckreiz schwindet prompt. Die Hauterscheinungen gehen langsam zurück. Die Schleimhauterscheinungen sind öfters refraktär. Bei älteren Fällen von Haut- oder Schleimhautlichen wenden *G.* und *B.* neuerdings mittelstarke Aluminiumfilterung an.

Louste, A. Lévy-Franckel und *E. Juster,* Die Resultate der Lichenbehandlung mit Bestrahlung des Rückenmarks. Können sie zu pathogenetischen Folgerungen führen?

Die Verfasser hatten bei gefilterter Bestrahlung 32 Erfolge und 8 Mißerfolge, bei ungefilterter Bestrahlung 10 Erfolge und 8 Mißerfolge. Die Mißerfolge wurden meist durch Schleimhautaffektionen hervorgerufen. Auf Grund ihrer Bulbusbestrahlungen allein glaubten die Verfasser dem Sympathikus vorläufig noch nicht sicher eine Rolle in der Pathogenese des Lichen zuschreiben zu können.

Karel Gawalowski, Indirekte Röntgenbehandlung des Lichen planus.

G. bespricht kritisch die beiden Methoden von *Gouin* und *Pautrier;* nach ihm gibt *P.* ungefähr das Doppelte. Er selbst hat nur die großen Gefäße in den Achselhöhlen bestrahlt und in 2 Fällen Erfolge erzielt, die er als Sympathikuswirkung — vergleichbar der Operation nach *Leriche* — ansieht.

Laurent, Behandlung von 4 Fällen von Lichen planus nach der Methode von *Gouin.*

Einmal glänzender Erfolg, zweimal Besserung, einmal Mißerfolg. Hornige Effloreszenzen und Munderscheinungen zeigten keine Beeinflussung.

I. Payenneville, Betrachtungen über die Röntgenbehandlung des Lichen planus. Methode. Resultate.

P. hält die Methode von *Pautrier* für schneller und sicherer wirkend.

José Gay Prieto, Behandlung des Lichen planus mit Röntgenbehandlung ausgedehnter Hautflächen.

Verfasser erhielt verschiedentlich — auch bei generalisiertem Lichen — Erfolge mit der Bestrahlung einer Bauchpartie von 800 qcm mit 70 Fürstenau-Einheiten.

L.-M. Pautrier, Die Behandlung des Lichen planus mit Röntgenbestrahlung der Medulla.

Digitized by Google

P. hat seine Methode zum ersten Male am 9. März 1924 in der Straßburger Dermatologischen Gesellschaft veröffentlicht. Er gibt 4 H unter 5 mm Al. Die Erfolge waren bei 35 Fällen gute. Auch Lichen der Mundschleimhaut wurde von 5 Fällen zweimal geheilt. Immerhin konnte *P.* auch schon ein Rezidiv beobachten. Lichenifizierte Stellen blieben unbeeinflußt. Bekanntlich hat *Gouin* mit *Bienvenue* der Straßburger halbtiefen Therapie seine oberflächliche Therapie gegenübergestellt und der ersteren zum Vorwurf gemacht, daß sie bei der Bestrahlung des Rückenmarks eine zu tiefgehende Beeinflussung des Sympathikus zur Folge habe. Demgegenüber betont *P.*, niemals Kopfschmerzen, Schwindel, Synkope, Erbrechen oder dergleichen gesehen zu haben. *P.* bezweifelt, daß *Gouin* mit seiner Oberflächentherapie die sympathischen Zentren überhaupt trifft. Vielleicht handelt es sich da um eine ganz ähnliche Wirkung wie bei *Gay Prieto*. Jedenfalls wird bei der oberflächlichen und halbtiefen Therapie des Pruritus gut beeinflußt.

Aussprache: Noguer-Moré, Hufschmidt, Gouin (denkt nach wie vor an eine Sympathikuswirkung), *Ramel.*

Äußerliche Behandlungsmethoden des Lichen planus.

Carle, Zur äußeren Behandlung des Lichen planus.

C. bespricht die anästhesierend wirkenden Salben (mit Kokain, Stovain, Chloral, Orthoform usw.), die antiseptischen (mit Kalomel, Naphthol, Salol usw.), die Salben mit Reizwirkung und nachfolgender Beruhigung (mit Salizyl, Resorzin, Menthol usw.) sowie die Teersalben; er fügt einige besonders bewährte Rezepte hinzu.

Behandlung des Lichen planus der Schleimhäute.

Gouin und *Bienvenue* glauben, daß die Röntgenbehandlung deshalb besonders schwer die Munderscheinungen zum Rückgange bringt, weil diese — oft unbemerkt geblieben — meist besonders veraltet sind. Werden die Erscheinungen frühzeitig erkannt, schwinden sie ebenso schnell wie die Hauterscheinungen.

Hydrotherapie und Thermalkuren.

Chauchard, Mitteilung über die Behandlung des Lichen planus mit intravenösen Injektionen (Eau d'Uriage).

Carle, Wirkung der Hydrotherapie und der Thermalkuren auf den Lichen planus.

IV. Ätiologie, Pathogenese.

Parasitäre und bakterielle Theorien.

L.-M. Pautrier, Negative Resultate von 21 Impfversuchen mit Lichen planus beim Menschen.

Es wurden 13mal intradermale Injektionen, 8mal Skarifikationen vorgenommen.

Aussprache: Bory, Gouin, Watrin, Pautrier, Hudelo, Ramel, Hufschmidt, Margarot.

Humorale Theorie.

Du Bois erörtert die Möglichkeit, daß der Lichen planus eine toxische Hautreaktion auf Magendarmstörungen hin sei, wie er auch nach Arsenobenzol aufträte.

Aussprache: Gouin und *Bienvenue.*

Digitized by Google

Nervöse Theorie.

Durch nervöse Schockwirkung oder heftige Erschütterung.

G. Petges, Über den nervösen Ursprung des Lichen planus.

P. kommt auf Grund eingehender anamnestischer Erhebungen und der Tatsache, daß der Krieg die Lichen-planus-Erkrankungen nicht vermehrt hat, zu dem Schluß, daß die nervösen Störungen eine Wirkung, nicht aber die Grundlage des Lichen planus bilden.

Aussprache: Ravaut, Hudelo, Du Bois, Bory, Payenneville, Gouin, Pautrier.

Durch nervöse Schädigungen lokaler Art.

L.-M. Pautrier und *A. Diss,* Der Lichen planus scheint zu Beginn durch die Neubildung von nervösem Gewebe und nervöse Veränderungen im Bereich seiner Papel bedingt zu sein; es ist aber noch unmöglich, sich über den zentralen oder peripheren Ursprung dieser Schädigungen und den Mechanismus ihres Zustandekommens zu äußern.

Vor jeder epidermalen Alteration und erst recht vor jedem Infiltrat in der Kutis finden sich Neubildungen nervöser Elemente, welche die erste Läsion darstellen. Es handelt sich dabei um nervöse Elemente in Form von Zellen und Fasern, die davon ihren Ausgang nehmen. Gleichzeitig zeigt die Epidermis eine sehr bedeutende Vermehrung der Meckel-Ranvierschen Zellen.

E. Ramel, Zur Pathogenese des Lichen planus.

R. bespricht die psychogene Entstehungsmöglichkeit des Lichen planus. Insbesondere sah er die Erkrankung bei einer Ärztin nach psychischem Schock auftreten und nach psycho-analytischer Behandlung schwinden, nachdem sie sich gegen jede andere Behandlung völlig refraktär verhalten hatte.

Fr. Kogoj, Die Ätiologie des Lichen planus.

Die ausführlichen Darlegungen von *K.* gipfeln in der Feststellung, daß der Lichen rubes planus (*und* acuminatus) eine Dermatose darstellt, die durch ein noch unbekanntes Virus hervorgerufen wird; dieses Virus kann seine pathogenen Eigenschaften nur entfalten, wenn eine besondere individuelle Disposition besteht, eine hyperkeratotische Diathese. Es ist sehr wahrscheinlich, daß diese hyperkeratotische Diathese fast immer durch eine abnorme Funktion der innersekretorischen Drüsen bedingt ist, die ihrerseits subordiniert oder koordiniert ist einer primären abnormen Funktion kongenitaler oder erworbener Art des autonomen Nervensystems. Eine nävusähnliche hyperkeratotische Diathese existiert vielleicht nicht oder ist sehr selten.

Fr. Samberger, Zur Pathogenese des Lichen ruber.

Ausgehend von der Ansicht *Unnas,* daß wir beim Lichen planus ein entzündliches Zellinfiltrat vor uns haben, das durch Sauerstoffmangel entsteht, denkt *S.* daran, daß es sich beim Lichen planus um eine hyperkeratotische Diathese handelt, die auf die verschiedensten Reize mit Hyperkeratose reagiert und durch den darunter bedingten Sauerstoffmangel zur Entwicklung der Lichenpapel führt.

V. Abnorme Formen des Lichen planus oder abnorme Lichenifikation.

Lichen nitidus.

H. W. Barber, Lichen nitidus.

B. denkt ebenso wie *Civatte* auf Grund eigener Beobachtungen daran, daß der *Lichen nitidus* eine atypische Form des Lichen planus sein und aus

Digitized by Google

diesem hervorgehen könne. Jedenfalls sei der *Lichen nitidus* kein Tuberkulid.

A. Civatte, „Lichen nitidus" und Lichen planus.

C. bespricht an Hand vorzüglicher Mikrophotogramme von ein und derselben Patientin, daß der „Lichen nitidus" lediglich eine atypische Form des Lichen planus darstellen könne.

Lichen obtusus.

Pautrier hielt den *Lichen obtusus* nicht für eine Abart des Lichen planus, sondern *für eine atypische Lichenifikation.*

Jeanselme und *Burnier* stimmen dem zu; desgleichen *Noguer-Moré.*

Lichen corneus hypertrophicus.

Nicolas, I. Gaté und *G. Massia*, Lichen corneus und Lichen planus.

Entgegen der Ansicht von *Pautrier*, daß es sich beim Lichen corneus hypertrophicus und Lichen planus um zwei verschiedene Dermatosen handele, verfechten die Verfasser die Ansicht, daß der erstere lediglich eine atypische Form des letzteren darstelle.

L.-M. Pautrier, Der Lichen corneus hypertrophicus ist eine atypische Form von Lichenifikation, die sich zu Lichen planus hinzugesellen oder gänzlich unabhängig davon auftreten kann.

Aussprache: Nicolas findet die Beweisführung nicht überzeugend.

L.-M. Pautrier und *A. Diss*, Die pathologische Anatomie der Übergangsformen (hybrides) von Lichen planus und der Lichenifikation.

Es handelt sich um Effloreszenzen, die nach Rückgang des Lichen-planus-Anteils nach Röntgenbestrahlung noch fortbestehen soweit die Lichenifikation in Frage kommt.

Aussprache: Jeanselme und *Burnier*, Der Lichen planus corneus hypertrophicus muß im Rahmen des echten Lichen planus bleiben. Beobachtungen von *Ravaut* sprechen für Zusammengehörigkeit des Lichen corneus und Lichen planus, von *Hufschmidt* für eine gegen Röntgenbehandlung refraktäre, dem Lichen planus fremde Komponente.

Lichen spinulosus.

Lortat-Jakob und *Legrain* „Lichen spinulosus" nach Lichen planus acutus.

Der *Lichen spinulosus*, bei Syphilis, Lichen scrofulosorum, Pityriasis rubra pilaris, gewissen lichenoiden Trichophytiden vorkommend, ist eine Hautreaktion, die den verschiedensten Hautaffektionen ihre Entstehung verdanken kann; darunter ist der Lichen planus eine der häufigsten Ursachen.

Zurhelle-Bonn.

Digitized by Google

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 7. Juli 1927.

Vorsitzender: *Hudelo.*

Zum Protokoll: Gougerot und *Filliol:* Lupus vulgaris mit dreimaliger Verschlimmerung durch Gesichts-Erysipel.

Marcel Pinard: Perforationen des harten und weichen Gaumens bei Mutter und Kind.

Bei dem Kinde trat die Gaumenperforation 10 Jahre nach der Geburt auf und zeigte zeitlich dieselbe Entwicklung wie bei der Mutter, die während der Schwangerschaft eine Syphilis II aufgewiesen hatte.

Milian: Leichte interdentäre Leukoplakie der Wangenschleimhaut; außerdem Pigmentfleck der rechten Wangenschleimhaut; leicht pigmentierte interdentäre Linie auf der linken Wangenschleimhaut mit noch leichterer Pigmentation.

Befallen war ein 18jähriger Italiener (Piemontese).

Milian, L. Périn und *Delarue:* Verschiedene Tumoren auf dem Boden eines Lupus.

Verfasser zeigen eine 42jährige Patientin, die im November 1926 wegen Lupus vulgaris demonstriert worden war. Damals hatte sich auf der rechten Wange ein *Fibroleiomyom* gebildet, das mit nachfolgender Lappenplastik exzidiert worden war. Jetzt war es auf der linken Wange zu einem Stachelzellkarzinom gekommen.

Milian und *Delarue:* Elephantiasis der Vulva. Resultat der Impfungen: Meerschweinchenversuch positiv. Tb. bac. ++.

Milian und *Delarue:* Erworbene Syphilis bei einem 6jährigen Kinde.

Es bestand Roseola und spezifische Alopezie. Der Primäraffekt war nicht zu finden.

E. Wallon: Epithelioma ani. Heilung durch Radium nach vorübergehender Anlegung eines Anus praeternaturalis.

Hinweis auf die Wichtigkeit, bei Radiumbehandlung von Karzinom vorher jegliche Infektionsmöglichkeit auszuschalten. Gleichzeitig bestand Basalzellenepitheliom an der Nase. (Terrain-Disposition?)

Lortat-Jacob und *Legrain:* Ein Fall von Granuloma annulare.

Louste, Lévy-Franckel, Vanbockstael und *Robert Cahen:* Elephantiasis des Beines tuberkulösen Ursprungs.

27jährige Frau. Seit 7 Jahren Elephantiasis am linken Bein. Stellenweise kalte Abszesse bei Miterkrankung des Knochens. Fistelnde Prozesse an der linken Hand. Die ersten gummiartigen Erscheinungen waren mit 14 Jahren aufgetreten. Wa.R. negativ. Histologisch: Tuberkulose. Tierversuch angestellt.

Louste und *Juster:* Diffuse bazilläre Ostitis mit Abszeß am Sternum; erhebliche Besserung durch ultraviolettes Licht (Lokalbäder).

51jährige Frau. Schwellung im mittleren Teil des Sternums mit Perforation. Früher erfolglose Behandlung mit 11 Wismut-Injektionen.

Louste und *Juster:* Die Behandlung der nach Zoster auftretenden Schmerzen mit ultravioletten Strahlen.

Behandelt wurden 7 Fälle zwischen 66 und 72 Jahren.

Digitized by Google

Louste und *Juster:* Versuche einer Behandlung der Vitiligo mit ultravioletten Strahlen nach Vorbereitung der blassen Hautstellen durch Einreiben von Bergamotte-Öl.

Entsprechend der Mitteilung von *Uhlmann* (Med. Klinik Nr. 8, 1927) haben die Verfasser Versuche bei einem 44jährigen Vitiligo-Kranken angestellt. Sie erzielten nach 9 Sitzungen eine rosige Verfärbung von ziemlich natürlicher rosiger Fleischfarbe. Sie verwandten reines Bergamotte-Öl bzw. dessen spirituöse Lösung; letztere wirkte besser.

Sézary und *A. Barbé:* Die Behandlung der Paralyse mit Injektionen von natronhaltigem Stovarsol.

Verfasser sahen bei 68 Fällen in 20% einen Mißerfolg, in 31% Verlängerung der Lebensdauer bei Dekrepiden, in 16% Besserung psychischer und neurologischer Störungen, in 33% vollständige oder fast vollständige Heilungen. Die Injektionen — 3 mal wöchentlich je 1 g — wurden subkutan gemacht.

L. Bizard und *L. Marceson:* Behandlung von Gesichtslupus mit Auskratzen und pulverisiertem übermangansauren Kalium. Nachbehandlung der Residuen mit Finsentherapie.

Marcel Pinard, Pierre Vernier und Frl. *A. Corbillon:* Behandlung einer Sklerodermie mit Novarsenobenzol und Organotherapie. Erythrodermie durch Arsen. Besserung.

Bei der 58jährigen Patientin mit alter Lues, die bereits vielfach spezifisch behandelt worden war, erfolgte Besserung nach intravenösen Injektionen von 914 und Thyreoid-Extrakt. Auch eine eingetretene Arsen-Dermatitis mag dabei eine Rolle gespielt haben.

Pierre Nicolsky: Über die Ursachen der tiefen Gangrän nach Hg- und Bi-Injektionen.

Studien über den Mechanismus des Zustandekommens durch Tierversuche an Hunden und Kaninchen (Dr. *Kogévnikov*).

Frau Noel: Die filiforme Dusche. Ihre technische Einrichtung.

Technische Einzelheiten über die Installation (mit Abbildungen) sowie über den Wasserschutz von Arzt und Patienten.

J. Montpellier, A. Catanéi und *L. Colonieu:* Die Glossitis Jamin; klinische Studie und ätiologische Bemerkungen zu den in Algier beobachteten Fällen.

Anschauliche Schilderung (mit Abbildung) der depapillierenden 1 bis 3 Monate alt werdenden Affektion, welche von der Mitte der Zunge deren ganze Oberfläche überzieht und starkes Brennen verursacht. Sie gleicht der „Herbst-Stomatitis" (*Jamin*, Tunis, 1917). 6 mal (unter 18 Fällen) wurde kulturell *Monilia* gefunden. Verfasser glauben an eine infektiöse Ätiologie, möchten aber den erhobenen Befund (Monilia) dafür nicht in Betracht ziehen. Literatur.

G. Hufschmitt: Heilung eines Falles von Lichen durch Stovarsol.

Beitrag zu 3 vorher besprochenen, mit Tréparsol geheilten Fällen.

L. M. Pautrier: Neuer Fall eines akuten generalisierten Lichen planus, der durch Novarsenobenzol bei einer Luetischen hervorgerufen wurde. — Generalisierte exfoliierende Erythrodermie mit Ödem und Nässen, die sich 48 Stunden später entwickelt hatte und den Lichen planus überdeckte. — Histologische Bestätigung des Lichen planus.

Auf Grund der nunmehrigen Erfahrungen von *P.* kann der Lichen planus nach Novarsenobenzol folgendermaßen verlaufen: Zuerst exfoliierende Arsen-

Digitized by Google

Erythrodermie und dann bei deren Verschwinden Lichen planus; oder der Lichen planus erscheint gleichzeitig mit einer leicht verrukösen erythematös-pigmentierten Eruption, welche die Arsen-Intoxikation bezeichnet; oder der Lichen planus erscheint ohne andere Hauterscheinungen, und sein Arsencharakter ist durch die Reaktion bei jeder neuen Injektion gekennzeichnet; oder der Lichen planus beginnt rein, generalisiert, geht dann in Erythrodermie mit ödematöser Durchtränkung über.

Hudelo, Rabut, Kaplan und *Ragonneau:* 2 Fälle von Hodgkinscher Erkrankung, Exitus an akuter Lungentuberkulose.

Hinweis auf die nicht seltene Kombination beider Erkrankungen (nach *Guggenheim* bei 130 Fällen in 27%).

L. Marceson und *R. Cavaillès:* Vakzine in Pflasterform.

Die Pflastermasse erhielt 20%igen Zusatz einer Bakterien-Emulsion (500 Millionen Keime in 0,01 g), bestehend aus Staphylokokken, Streptokokken, Pyocyaneus usw. So enthält das Quadratzentimeter Pflaster 500 Millionen Keime. Ein Bericht über die damit bei infektiösen Prozessen gewonnenen Erfahrungen folgt später.

H. Jausion und *A. Pecker:* Fiebertherapie des Ulcus molle durch intravenöse Injektion von Sporo-Vakzine (Bacillus subtilis mit Sporen).

Angaben über die Vakzinebereitung und die Anwendung, wodurch Fieber bis 40,5° erzeugt wird. Meist genügen 4 intravenöse Injektionen in 5tägigen Abständen.

Th. Photinos: Der Streptokokkus der normalen Haut.

Ausführliche Untersuchungen über den Keimgehalt scheinbar normaler Haut bei 50 Personen (32 waren positiv, 18 negativ; davon der Nasenrücken 27mal positiv, 23mal negativ; die Falte hinter dem Ohr 23mal positiv, 26mal negativ; die Ellenbeuge 9mal positiv, 18mal negativ).

Veyrières: Teer-Kaliseife.

J. Nicolas, Jean Lacassagne und *G. Samaan:* Über den Mechanismus der Veränderung des allergischen Zustandes unter der Behandlung mit Vakzine nach *Nicolle* und *Durand* im Laufe der Ulcus-molle-Infektion.

Verfasser hatten früher gefunden, daß unter der genannten Vakzine nach zirka 4 Injektionen der Zustand der Allergie in einen vorübergehenden der Anergie übergeht. Jetzt weisen sie nach, daß gewöhnliche Proteinkörper und andersartige Vakzine eine solche Anergie nicht zur Folge haben, es sich also um eine spezifische Wirkung der genannten Vakzine handeln muß.

Zurhelle (Bonn).

Digitized by Google

Periodische Literatur.

Zusammengestellt von Dr. *Arthur Alexander* in Charlottenburg.

Syphilis.

Therapie.

A. Joseph-Berlin: **Über die Beziehungen der Erreger bei der experimentellen kombinierten Rekurrens-Nagana-Infektion.**

H. Th. Schreus-Düsseldorf: **Zu vorstehender Bemerkung des Dr. A. Joseph.** Derm. Woch. 1927. Bd. 84. Nr. 15.

Während *Joseph* glaubt, daß wohl keine direkte Beeinflussung von Rekurrensspirochäten und Trypanosomen vorhanden ist, wodurch das eine Krankheitsbild zeitweise unterdrückt werden kann, glaubt *Schreus* an eine solche gegenseitige Beeinflußbarkeit. Er hat in mehreren Fällen beobachtet, daß es zu einer fast völligen Unterdrückung der Nagana durch Rekurrens kam; das Umgekehrte trat zwar nie ein. Ebenso kam es niemals zu einer völligen Heilung der Rekurrensinfektion. Die Ergebnisse lassen aber noch keine Schlüsse auf das Problem Malaria-Lues zu. *Krüger*-Sagan.

J. H. St. John: **The early appearence of gametocytes in artificially induced tertian malaria. (Das frühzeitige Erscheinen von Gametozyten bei künstlich übertragener Malaria tertiana.)** Journ. Americ. Med. Ass. 1927. Bd. 88. Nr. 20.

Bei Patienten, die wegen progressiver Paralyse mit Malaria tertiana behandelt wurden, zeigte sich, daß Gametozyten einige Zeit nach dem ersten Anfall festgestellt werden konnten. Dieses zeigt, daß dort, wo Anophelesmücken vorhanden sind, eine Übertragungsmöglichkeit der therapeutisch angewandten Malaria auf die Umgebung besteht.

Memmesheimer-Bonn.

E. Weiß-Triest: **Unübertragbarkeit der Impfmalaria durch Anophelen.** Wien. klin. Woch. 1926. Nr. 52.

Bei geimpften Paralytikern wurden Anophelesmücken während der Fieberanfälle mit Drahtnetzkäfigen auf den Körper aufgesetzt, um zu saugen. Die mikroskopische Untersuchung der Anophelen ergab keine einzige Oozyste, trotzdem bei einem Impfstamm im Blute manchmal der Nachweis von Gameten möglich war. Diese Versuche wurden mit mehreren Tertianastämmen über 3 Jahre angestellt, stets mit demselben negativen Resultat. *Krüger*-Sagan.

E. Cuboni-Mailand: **Gametenfreie Plasmodium-vivax-Stämme.** Wien. klin. Woch. 1926. Nr. 51.

Eingehende Blutuntersuchungen bei 14 mit Plasmodium vivax geimpften Paralytikern ergaben in jedem Falle reichlich Plasmodien in jedem Ausstrich; aber niemals konnten in den Präparaten Gameten festgestellt werden. Es wurde besonders erst nach mehreren Fieberanfällen untersucht, weil die Gameten auch bei der natürlichen Malaria erst nach einigen Fieberanfällen im Blute zu erscheinen pflegen. *Krüger*-Sagan.

H. Th. Schreus-Düsseldorf: **Über die wechselseitige Beeinflussung von Rekurrens- und Nagana-Erregern.** Derm. Woch. 1926. Bd. 83. Nr. 52a.

Während die alleinige Infektion mit Nagana meist tödlich endet, gelingt es durch gemischte Infektion mit Spirillen und Trypanosomen,

Digitized by Google

die Tiere längere Zeit am Leben zu erhalten. Meist kommt es dabei zu einem scheinbaren völligen Verschwinden der Rekurrenserreger; aber mit genaueren Untersuchungsmethoden gelingt dann meist doch noch ihr Nachweis. Stets ist die gegenseitige starke Beeinflussung der Erreger deutlich. Wie weit die Verhältnisse bei der Malariatherapie der Lues eine Rolle spielen, ist vorläufig noch nicht zu entscheiden.

Krüger-Sagan.

Syphilis. Soziales.

Medical society for the study of venereal diseases. (Ärztliche Gesellschaft zum Studium von Geschlechtskrankheiten.) Erste Tagung zu Cambridge am 29. Jan. 1927. Vorsitzender *Rolleston*.

Harrison erläutert an Hand von Geschlechtskrankheitenfilmen, wie er sich den Film am besten in den Unterrichtsdienst gestellt denkt als Unterstützungsmittel bei Vorlesungen. *Searle* weist unter Vorführung einiger anatomisch-pathologischer Präparate auf die Gonorrhöe hin als Wegebereiterin stark virulenter Streptokokken, die nur zu oft zu Puerperalfieber mit tödlichem Ausgange führen. *Canney*, *Logan* und *Harrison* unterstreichen diese Zusammenhänge und raten dringend zu Gonorrhöebehandlung schon während der Gravidität. Darauf gemeinsames Mittagessen, an dem 30—40 Ärzte teilnahmen. *Siegfried*-Aachen.

Chambers: **Prostitution in relation to venereal diseases. (Prostitution in ihrem Verhältnis zu den Geschlechtskrankheiten.)** The B. j. o. v. dis. 1926. 5.

Von 466 Prostituierten in Neuyork erwiesen sich auf Serumprobe gonorrhoisch 65%, syphilitisch 48%. Alle polizeilichen Zwangsmaßnahmen gegen die Prostitution haben bislang versagt. Die einzigen Länder ohne solche sind Holland und England. In England ist die Zahl der geschlechtskranken Prostituierten im Zeitraum von 1920—1923 gesunken von 85000 auf 55000. Gäbe es eine wirklich wirksame Form der polizeilichen Maßnahmen, dann wären diese noch immer das sicherste Mittel, alle Kranken zu fassen. Aber die Geschichte dreht sich immer im Kreis. Heute ist die öffentliche Meinung gegen staatliche Eingriffe. Aber dieser Kampf währt schon seit einigen Zeiten, und keinerlei Maßnahme hat Erfolg gehabt, weder Duldung, Regulation noch Verbot, um die Prostitution auf ein erträgliches Maß herabzudrücken. 7 Literaturen. *Siegfried*-Aachen.

Medico-legal problems in relation to venereal diseases. (Medizinisch-juristische Fragen bei Geschlechtskrankheiten.) 1. *Crookshank*, 2. *Wort*, 3. anschließende Diskussion. The B. j. o. v. dis. 1926. 5.

Bei der großen Länge und den vielen Einzelheiten zum Referat nicht geeignet. 1. *Crookshank* ist gegen jede gesetzliche Regelung, die in das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten eingreifen könnte. 2. *Wort* verteidigt den Richter gegen den oft von ärztlicher Seite erhobenen Vorwurf, als arbeite er grundsätzlich gegen die Ärzte. Der Richter müsse entsprechend der öffentlichen Meinung Recht sprechen, denn im Rechte käme das öffentliche Gewissen zum Ausdruck. Erst wenn die Ärzte dieses öffentliche Gewissen in ihrem Sinne erzogen hätten, könnten die Richter ihnen weiter folgen.

Alle in obige Kategorie fallenden Fragen zu beantworten, ist meistens dadurch erschwert bzw. unmöglich gemacht, weil der heutige Stand der Diagnostik, der Prognose, z. B. beim Heiratskonsens Luetischer, noch auf zu schwankendem Boden steht. *Siegfried*-Aachen.

Digitized by Google

J. Saks u. *L. Hjin:* **Zum Studium der Häufigkeit der venerischen Krankheiten in der Burjato-Mongolei.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 9.

Während einer dreimonatigem Expedition in die Burjato-Mongolei untersuchten die Verf. 2270 Personen dreier Bezirke, was 93,6% der Gesamtbevölkerung derselben ausmachte. Es erwiesen sich unter derselben 44% syphilitisch infiziert, und zwar darunter mit noch frischer 22,5% und mit gummöser Syphilis 77,5%. Die Infektion war erfolgt auf geschlechtlichem Wege in 42,2%, auf extragenitalem Wege in 16,2%, auf kongenitalem Wege in 7,8% und unbestimmt in 33,8%. Fälle von unzweifelhafter Neurolues wurden 13 gefunden. Hinsichtlich der Gonorrhöe können die Verf. nur sagen, daß von den Kranken, welche zur Behandlung kamen, an Tripper litten, unter der männlichen Bevölkerung 72,1%, unter der weiblichen 11,4%. *A. Jordan.*

Rotstein: **Über das Geschlechtsleben der Arbeiter.** Westnik Sowremennoi Medicini. 1927. Nr. 18.

Eine Umfrage unter verschiedenen Gruppen der Arbeiterbevölkerung ergab, daß die Onanie unter ihnen oft vorkommt, aber meist aufgegeben wird bei Erkenntnis ihrer Schädlichkeit, daß den geschlechtlichen Verkehr die Mehrzahl vor dem 17. Lebensjahr aufnimmt, wobei Verkehr mit Prostituierten nur diejenigen Gruppen derselben hatten, welche an die Stadt gebunden waren. Außereheliche Verbindungen kamen besonders bei denjenigen Gruppen vor, welche nicht in Fabrikräumen arbeiteten, sondern herumreisten und mit verschiedenen Bevölkerungsschichten, wie die Miliz, in Berührung kamen. Der Prozentsatz der Kranken betrug unter den Arbeitern 25—30%. *A. Jordan.*

Fergus Hallidan u. *Mac Gregor:* **Reports on blindness in Glasgow (Joint committee for the South-West of Scotland for the Administration of the blind persons act, 1920), 1926. (Bericht über Blindheit in Glasgow) (Allgemeine Blindenkommission für den Südwesten Schottlands, 1920), 1926.**

Statistik. Bei 1206 erwachsenen Blinden aus einer Gesamtzahl von 1587 konnte in einem Drittel der Fälle Blindheitsursache festgestellt werden. 17% von ihnen resultierten von Geschlechtskrankheiten, 4,8% waren gonorrhoisch bei Geburt erblindet. Erworbene Lues war in 6,8—7%, kongenitale in 5,8—7,8% nachweisbar. *Siegfried*-Aachen.

Lass: **Venerismus unter den Studenten.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 7.

Auf eine Umfrage unter den Studenten Odessas gaben 1800 Antworten, und zwar 1234 Männer und 473 Frauen. Von den ersteren gaben 300, von den letzteren bloß 2 an, venerisch krank gewesen zu sein. Von den 300 Männern hatten 21, d. h. 7%, Syphilis, 232, d. h. 77,3%, Gonorrhöe und 47, d. h. 15,7%, Ulc. molle gehabt. *A. Jordan.*

Rossow: **Zur Terminologie der außergeschlechtlichen Syphilis.** Wratschebnoje Delo. 1927. Nr. 19. (Russisch.)

In der Literatur finden sich verschiedene Beobachtungen von Primäraffekten an den Geschlechtsteilen, welche, wie z. B. bei kleinen Kindern,

Digitized by Google

nicht geschlechtlich erworben worden waren, und ebenso Primäraffekte an von den Geschlechtsorganen entfernt gelegenen Stellen, welche doch erotischen Ursprungs waren. Infolgedessen paßt nicht immer die Bezeichnung geschlechtliche bzw. außergeschlechtliche Infektion oder Schanker. Verf. plädiert, dieser Frage näherzutreten und proponiert, die Bezeichnungen „geschlechtlich erworbener extragenitaler Schanker" und „genitaler, außergeschlechtlich erworbener Schanker" und für die Lokalisation nur die Bezeichnungen „genitaler" bzw. „extragenitaler Schanker" anzuwenden.

A. Jordan.

Klebanow: **Zur Frage des Geschlechtslebens des Bauern.** Westnik Sowremennoi Medicini. 1927. Nr. 8. (Russisch.)

Verf., als Teilnehmer einer fliegenden Kolonne in dem Kanton Tschistopol, ca. 150 Werst von der Stadt Kasan entfernt, zum Zwecke von Untersuchungen in bezug auf venerische Krankheiten, konnte 351 Bauern, darunter 242 Russen, 96 Tataren und 13 Tschuwaschen, intim ausfragen über das geschlechtliche Leben. Hierbei erkannte er, daß das geschlechtliche Leben des Bauern viel später beginnt als dasjenige des Städters, und daß die Jugend unter den Bauern in geschlechtlicher Hinsicht viel zurückhaltender ist als diejenige der Stadt, besonders unter den Tataren. Im Gegensatz zur Stadt, wo die Prostituierte das Objekt der ersten geschlechtlichen Annäherung bildet, ist es im Dorf eine Bekannte. Die Onanie ist unter der bäuerischen Bevölkerung, und besonders unter der tatarischen, sehr verbreitet.

A. Jordan.

Mibelli, A.: **Syphilis und bürgerrechtliche Verantwortlichkeit.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 3. S. 970.

Mibellis Ausführungen gipfeln in folgenden Schlußsätzen: 1. Die Syphilis stellt für die Gesundheit des Individuums eine immer bemerkenswerte, häufig schwere, manchmal sehr schwere Benachteiligung dar. Diese gesundheitliche Benachteiligung hat zur Folge eine deutliche wirtschaftliche Schädigung, zum Teil durch eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit, zum Teil durch vielfältige Herabsetzungen auf moralischem Gebiete, welche sich in Minusreaktionen der zum väterlichen Erbteil gehörigen Aktivität äußern. 2. Die syphilitische Infektion kann zu Schadenersatzpflichten von seiten des Angesteckten gegenüber dem Infizierenden führen. 3. Die Modalität der Infektion, auf die sich das richterliche Urteil stützen muß, kann zwar nicht immer, aber bei vielen Fällen nachgewiesen werden; doch kann auch dieser Nachweis auf Schwierigkeiten stoßen und nicht mit absoluter Sicherheit erfolgen. 4. Die dem Angesteckten zustehende Entschädigung muß bewertet werden nach den Schädigungen, zu denen die Ansteckung geführt hat, und nach denen, zu welchen sie sicher führen wird, abgesehen von den Schädigungen, welche wahrscheinlich eintreten werden. Die Entschädigung muß demgemäß immer eine hohe sein.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Geft: **Ein Beitrag zur Frage des Geschlechtslebens der zeitgenössischen Jugend.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 8.

Von den vom Verf. mittels Umfrage befragten Zöglingen und Zöglinginnen der höheren Shitomirschen Lehranstalten standen im Alter von 16—21 Jahren 774, in demjenigen von 22—26 Jahren 258 und im 26. Lebens-

Digitized by Google

jahr 114 Personen; darunter waren Hebräer 496, Ukrainer 528, Russen 61, Polen 34 und andere Nationalitäten 27. Es gehörten 85,8% dem Arbeiter- und Bauernstande an. Das erste Geschlechtsgefühl begann bei 31% der männlichen und 17% der weiblichen Jugend vor dem 10. Lebensjahr und vor dem 14. Lebensjahr bei den ersteren in 68%, bei der letzteren in 47%. Es hatten onaniert 52% der Männer und 17% der Frauen. Das Onanieren dauerte

	bei Männern:	bei Frauen:
weniger als 1 Jahr	in 28,6%	41,5%
1—5 Jahre	„ 46,4%	26%
über 5 Jahre.	„ 25%	32,5%

Die Menses setzten bei Hebräerinnen in 10%, bei den übrigen Nationen in 6% vor dem 13. Lebensjahre ein. Mit 17 Jahren menstruieren 91% Hebräerinnen und 84% der übrigen. Ein geschlechtliches Verlangen empfinden 95% der Männer und 42% der Frauen; dementsprechend übten 70% der männlichen und 22% der weiblichen Jugend den Geschlechtsverkehr mehr oder weniger regelmäßig aus. Von den nicht geschlechtlich lebenden Jünglingen und Jungfrauen gaben 35% Furcht vor venerischen Krankheiten, 28% fehlende Gelegenheit, 17% sittliche Motive, 10% Furcht vor eintretender Vaterschaft usw. als Motiv der Enthaltsamkeit an, während bei den Jungfrauen in 37% moralische Bedenken dazu vorlagen. Enthaltsamkeit zu üben, ist sowohl bei dem männlichen wie weiblichen Geschlecht viel leichter für diejenigen, welche noch nie den Koitus ausgeführt haben, als für die anderen. Verheiratet waren 11% der Männer und 15% der Frauen. 60% der männlichen Jugend gab an, daß das geschlechtliche Leben eine große Rolle in ihrem Leben spielt, während für 39% dasselbe bedeutungslos war. Interessant sind noch die Angaben der Jugend, von wem sie die ersten Aufklärungen über das Geschlechtsleben erhielten: Von den Eltern nur 22% der Knaben und 6% der Mädchen, vom Arzt bloß 8% der Knaben und 16% der Mädchen und vom Lehrer noch weniger, nämlich 4% der ersteren und 7% der letzteren. Alle übrigen empfingen die ersten Mitteilungen hierüber von Mitschülern usw. *A. Jordan.*

Choroschin: **Zur Frage des Rückgangs der Syphilis.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 4. (Russisch.)

Die Verminderung der Erkrankung an frischer Syphilis in der Stadt Odessa beträgt im Laufe der vier letzten Jahre im Vergleich mit den Vorkriegsjahren 75%. Auch die Erkrankungsziffer an Syphilis überhaupt zeigt in diesen Jahren eine Neigung zum Rückgang, und zwar um 41%. Da aber dieser Rückgang hauptsächlich bei den Frauen, aber weniger bei den Männern beobachtet wird, ist derselbe prognostisch noch nicht als ganz zuverlässig anzusehen, wobei die Aufklärungsarbeit noch weiter vertieft werden muß. *A. Jordan.*

A. Jordan: **Zur Frage des Schicksals der Syphilitischen.** Wratschebnoje Delo. 1927. Nr. 8.

Die Schwierigkeit, das Geschick der eigenen Kranken mit Syphilis jahrzehntelang verfolgen zu können, gab Verf. Anlaß, 100 seiner Privatkranken, welche teils wegen verschiedener Dermatosen, teils wegen luetischer Späterscheinungen sich an ihn wandten, zu gruppieren. Es erwies sich, daß sich unter 100 Personen, deren Syphilis 10—30 Jahre zurücklag,

Digitized by Google

43 nicht die geringsten Zeichen von Lues aufwiesen bei negativem Wassermann, 17 bei positivem Wassermann, 13 waren neurasthenisch, 6 herzleidend, 10 hatten Tabes dors., 2 Lues cerebri, 8 Lues III, 1 Iritis. Wenn auch unter den scheinbar Genesenen die gut Behandelten (ca. 10 Hg-Kuren teilweise in Kombination mit NS.) überwogen, gab es doch auch unter allen übrigen etwa zur Hälfte gut und schlecht behandelte. Für den schlechten Ausgang hat Alkoholmißbrauch einen großen Einfluß, das Alter bei der Infektion einen geringen. *A. Jordan.*

Jukelis u. *Schneierson:* **Vorläufige Angaben über das Schicksal der syphilitischen Kranken, welche von 1922—1925 im Moskauer staatlichen venerologischen Institut stationär behandelt wurden.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 2.

21 Syphilitiker, welche im seronegativen Stadium in Behandlung traten, blieben rezidivfrei, von 186 Kranken in teils seropositivem Stadium, teils mit Lues II recens bekamen 8 klinische, 12 serologische Rezidive. Die Behandlung war eine kombinierte Hg bzw. Bi-NS. *A. Jordan.*

Rudnitzki: **Die Tätigkeit der venerologischen Sektion.** Moskowskij Medicinskij Journal. 1927. Nr. 5.

Laut Statistik der Moskauer venerologischen Sektion macht sich in Moskau ein Rückgang der venerischen Krankheiten bemerkbar; nur die Fälle von Neurolues haben zugenommen.

Es betrug die Anzahl der Kranken mit:

	im Jahre 1924 aller Kranken	im Jahre 1926
Syphilis I	1,9 %	0,9 %
„ II manifest	4,9 %	1,6 %
„ III „	2,1 %	1,5 %
„ II latens	10,2 %	4,1 %
„ III „	9,6 %	7,0 %
Erbsyphilis	3,8 %	2,8 %
Neurolues	0,5 %	1,7 %
Tripper	27,6 %	27,1 %
Ulc. molle	2,2 %	1,3 %

A. Jordan.

Lass: **Zur Verbreitung der venerischen Krankheiten unter den Gefangenen.**

Batunin: **Die venerischen Krankheiten unter den Gefangenen.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 2.

Ersterer untersuchte die Gefangenen Odessas, letzterer diejenigen Kasans. Von den ersteren litten 25,6 % an Tripper, 15,4 % an Syphilis und 3 % an Ulc. molle; von den letzteren hatten 14 % Syphilis und 11 % Tripper; es gaben aber zu, an Tripper gelitten zu haben, 39 %.

A. Jordan.

Grschebin-Smolensk: **Illustration der Sittensyphilis (Syphilis insontium) im Gouvernement Smolensk.** Derm. Woch. 1927. Bd. 84. Nr. 16.

Es werden mehrere Fälle von schwerem Tertiarismus beschrieben mit ausgedehnten Haut- und Knochensymptomen, bei denen die Infektion schon lange zurückliegt, und die, trotzdem sie teilweise in ärztlicher Behand-

Digitized by Google

lung waren, niemals spezifisch behandelt worden sind. Interessant ist, daß das Nervensystem und der Liquor bei diesen Fällen vollkommen gesund ist. Außerdem werden dann einige Familieninfektionen aus dem Regierungsbezirk Smolensk beschrieben, bei denen fast alle Mitglieder eines Haushaltes von manifesten Lues II-Symptomen befallen sind. Eine Behandlung hat in den meisten Fällen bis zur Aufdeckung durch die Klinik nicht stattgefunden. Verf. betont, daß die Aufdeckung dieser Familieninfektionen ein sehr wichtiger Faktor in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Rußland sei. *Krüger*-Sagan.

H. Westphalen-Hamburg: **Beitrag zur Frage der Abnahme der Geschlechtskrankheiten.** Derm. Woch. 1927. Bd. 84. Nr. 13.

An Hand einer Statistik wird gezeigt, daß beim dortigen Material nach einer starken Steigerung im Jahre 1920 die Zahl der an Ulcus molle Erkrankten ständig und in sehr deutlichem Ausmaße zurückgegangen ist. Ganz besonders auffallend ist der Rückgang beim weiblichen Geschlecht. Während im Jahre 1926 in der dortigen Klinik noch 47 Männer behandelt wurden, standen nur 2 Frauen mit Ulcus molle in Behandlung. Es wird angenommen, daß die Pathogenität der Streptobazillen für die Frau meist geringer ist, so daß es nur zu kleinen oberflächlichen Ulzerationen kommt, die spontan abheilen. Solche Frauen würden dann zu Bazillenträgern und die Quelle für neue Infektionen beim Manne werden. *Krüger*-Sagan.

Kolle u. *Laubenheimer:* **Zur Frage des Rückgangs der Syphilis und der Änderung ihres Charakters.** D. m. W. 1927. Nr. 1.

Im Anschluß an die Umfrage *Jadassohns* wurde das große Material der serodiagnostischen Abteilung des Staatsinstituts für experimentelle Therapie Frankfurt a. M. (20—25000 serodiagnostische Untersuchungen pro Jahr) für den Zeitraum von 16 Jahren kritisch gesichtet. Aus diesen Untersuchungen geht hervor, daß die Syphilis von 1910—1926 mit Unterbrechungen durch die Kriegs- und Nachkriegszeit nicht unerheblich abgenommen hat. Die Kriegseinwirkungen auf die Zahl der frischen Infektionen sind heute nicht nur ausgeglichen, sondern im laufenden Jahre sind um die Hälfte weniger klinisch und serologisch sichere Fälle von Lues I und II als im Jahre 1910 zur Untersuchung gekommen. Das Parallelgehen der Kurve für Lues latens mit der Kurve für Lues I und II und ihr Gipfel 2—3 Jahre nach dem Maximum der frischen Infektionen im Jahre 1918 ist ein Beweis für die Richtigkeit der angestellten Berechnungen. Die Ursache für den Rückgang der Syphilis ist in der kombinierten Salvarsantherapie zu suchen. Nach den Tabellen der Verf. kann von einer prozentualen Zunahme der Metasyphilis seit 1913 nicht gesprochen werden, und es besteht kein Grund, von der möglichst energischen und möglichst frühzeitigen spezifischen Behandlung abzugehen. *O. Dittrich*-Kiel.

Selmanowitsch: **Zur Charakteristik der epidemischen Syphilis und einiger Hautkrankheiten unter den nomadisierenden Kirgisen.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 3.

Verf. konstatierte Skabies in 12%, Tuberkulose in 7%, Favus und Trichophytie zusammen in 2,4%, Syphilis in 34,3%. Hinsichtlich der Syphilis war von Interesse, daß Primäraffekte selten, statt dessen meist sekundäre und tertiäre Erscheinungen oft gleichzeitig beobachtet wurden, während Affektionen der viszeralen Organe, der Gefäße und des Nervensystems selten waren. *A. Jordan.*

Digitized by Google

Dermatologie. Pilzerkrankungen.

T. Benedek-Leipzig: **Beitrag zur Kenntnis der rein epidermalen Sporotrichosen.** Dermo-epidermitis sporotrichotica, verursacht durch eine neue Art von pathogenem Sporotrichum: Sporotrichum Lipsiense nov. spec., unter besonderer Berücksichtigung der Serumdiagnose und der experimentellen Sporotrichose. Derm. Woch. 1926. Bd. 83. Nr. 47—51.

Beschreibung einer Dermatose bei einer Frau von 40 Jahren, die in den letzten 10 Jahren Leipzig kaum verlassen hat und schon längere Zeit ergebnislos wegen eines Ekzems behandelt worden war. Die Affektion war an Hals, Kopf, Brust, Rücken und Leistengegend lokalisiert und zeigte ein sehr polymorphes Aussehen. Einzelne Stellen erinnerten an oberflächliche Trichophytie, andere an Impetigo und Akne, wieder andere an Intertrigo, seborrhoische und pityriasiforme Effloreszenzen. Allen gemein war, daß sie der Pat. einen sehr intensiven Juckreiz verursachten. In Hautschuppen, Eiter und Schnittpräparaten wurden hefeartige Gebilde nachgewiesen, meist mit Leichtigkeit und in derselben morphologischen Form. Kulturell waren die Pilze aus den verschiedensten Effloreszenzen auch stets gleich. Aus diesen Befunden wurde auf Sporotrichose geschlossen, und die Therapie Jodkali intern und Jodtinktur extern bestätigte den Verdacht. Nach kurzer Zeit bildeten sich die verschiedensten Effloreszenzen zurück, und der Juckreiz ließ nach. Da Pat. zu früh mit der Therapie aussetzte, entwickelte sich ein Rezidiv, das sich klinisch unter dem Bilde eines Lichen zeigte und bei der Untersuchung sich als ein Lichen sporotrichicus herausstellte, in dessen Schuppen ebenfalls die Pilze nachzuweisen waren. Allmählich heilte dann die ganze Dermatose ab und blieb bei längerer Beobachtungszeit geheilt. Bemerkenswert an diesem Falle ist, daß trotz längeren Bestehens der Sporotrichose die ganze Affektion sich nur rein epidermal abspielte, niemals waren subkutane Knoten, Lymphangitiden oder Vergrößerungen von Lymphdrüsen festzustellen. Bisher ist die rein epidermale Lokalisation der Sporotrichose noch nicht beschrieben worden. Stets waren auch in diesem Falle die Blutkulturen steril. Bei dem aufgetretenen Lichen sporotrichoticus glaubt Verf. an eine exogene Übertragung der Pilze durch Kratzen und hält den lichenoiden Effloreszenzentyp für eine Allergieerscheinung der Haut in Analogie mit den Tuberkuliden. Der Intertrigo ist nach seiner Auffassung auch primär durch die Pilze entstanden, und nicht infolge der Mazeration der Haut haben sich sekundär die Pilze erst auf ihr angesiedelt. Es wird dann eingehend das Verhalten des Erregers in der Kultur beschrieben und derselbe als Sporotrichum Lipsiense (*Benedek*) bezeichnet. Die Erregernatur dieses Pilzes konnte durch die Serumdiagnose sichergestellt werden. Ebenso gelang es, trotz der vorhandenen Thermolabilität des Pilzes, experimentell an weißen Ratten Sporotrichose zu erzeugen, und aus exzidierten Herden der Ratten gelang ebenfalls die Retrokultur. *Krüger*-Sagan.

Harry R. Foerster: **Sporotrichosis, an Occupational Dermatosis. (Sporotrichose als Arbeitsdermatose.)** Milwaukee, Journ. Americ. Med. Ass. 1926. Nr. 20.

In 5 Jahren gelang es dem Verfasser, 18 Fälle von Sporotrichose zu beobachten. Diese zeigten sich meist bei Arbeitern, die mit dem Barberrystrauch in Berührung kamen und sich an seinen Dornen ver-

Digitized by Google

letzten. Es gelang ihm jedoch nicht, von Barberrysträuchern Erreger auf Nährböden zu züchten. Im Gegensatz zu den in Frankreich beobachteten Fällen verliefen diese Erkrankungen meist ohne Komplikationen. Jedenfalls wurden keine Lungenkomplikationen beobachtet. Verf. unterscheidet drei Typen: den tuberkuloiden (Fistelöffnungen, schlaffe Ränder, blutiger Eiter), den syphililoiden (kraterartiger, scharfer, infiltrierter Rand) und den ekthymaartigen (mehr oberflächlich, starke Krustenauflagerung) Typ. Zur Differentialdiagnose ist die Intrakutanreaktion nach *Bloch* hinzuzuziehen. Therapeutisch wird empfohlen: Jodkali 2—3 g pro die per os. Ferner örtlich Umschläge mit Jodlösungen und Röntgenbestrahlungen. Eventuell kann das Jodkali auch intravenös gegeben werden. Immunität wurde nicht beobachtet. *Röntz*-Bonn.

A. Mibelli: **Kulturen des Sporotrichum Gougerot bei einer Epidermomykose.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 823.

Bei einem Falle, der klinisch als Epidermophytie der Achselhöhle imponierte, ergab die Kultur einen Pilz, den *Pollacci* als Sporotrichom Gougerot indifizierte. Nach der Ansicht von *Mibelli* sind reine epidermale Fälle, die durch das Sporotrichom verursacht werden, offenbar häufiger als man allgemein annimmt. Der Fall erinnert an den Fall *Benedeks* (Dermatol. Woch. 1926. Bd. 83. Nr. 47 ff.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

J. Fabry-Dortmund: **Über akneförmige Blastomykosis cutis.** Derm. Woch. 1927. Bd. 84. Nr. 25.

Es wird nochmals auf einen Fall verwiesen, der bereits im Jahre 1905 an anderer Stelle veröffentlicht worden ist. Es handelt sich dabei um ein Krankheitsbild, das unter der Form der Akne conglobata verlief und sich in derben tiefen Herden äußerte. Dieselben erweichten nur sehr langsam und unvollkommen und bestanden bis zu ihrer narbigen Abheilung lange Zeit. In den Detritusmassen waren Hefen nachweisbar. Dem Aufsatz sind eine farbige Abbildung und histologische Schnittbilder beigegeben. Auf letzteren sieht man Riesenzellen mit Hefen beladen. *Krüger*-Sagan.

Eduard Neuberg-Debreczin: **Beiträge zur Pathogenese und Therapie der Gilchristschen Blastomykose.** A. f. D. Bd. 149. S. 182.

Bei einem 53jährigen Bauern bestehen seit 5 Jahren an der Haut der Unterarme, Unterschenkel und des Schlüsselbeins hyperämische Flecke, Bläschen, Pusteln, Akneknoten, infiltrierte Herde, Abszesse, Geschwüre und Narben in der mannigfaltigsten Kombination. Histologisch fanden sich Mikroabszesse mit Blastomyzeten, Reinfektion mit Reinkultur derselben gelang, und die Heilung des Pat. erfolgte nach Behandlung mit alkoholischem Blastomyzetenextrakt (Blastomykosin). *Hopf*-Hamburg.

M. Meckel-Dortmund: **Weitere Mitteilungen über erosive Blastomykosen.** Derm. Wo. 1927. Bd. 84. Nr. 25.

Bei eingehender Untersuchung des einschlägigen Materials konnte festgestellt werden, daß es sehr häufig gelingt, Pilze nachzuweisen. In der Hauptsache sind die Affektionen an wenig gelüfteten Hautstellen zu finden, wie Interdigitalfalten der Hände und Füße, Genital- und Analgegend, seltener Regio submamillaris. Charakteristisch ist die Erosion, die Umgebung ist erythematös gerötet, Bläschen und Pustelbildung kommt

Digitized by Google

vor, ist aber nicht so häufig. Der Krankheitsprozeß beschränkt sich auf die Epidermis, geht nie auf die Kutis über, der Verlauf ist äußerst chronisch. Charakteristisch für die Affektion ist der sehr intensive Juckreiz. Die Erreger der Krankheitsbilder sind Hefen, hauptsächlich Soor oder soorähnliche. Die Ansiedlung der Hefen auf der Epidermis wird durch leichte Feuchtigkeit und Wärme begünstigt, Diabetiker neigen besonders dazu. Experimentell ist es gelungen, bei Diabetikern die Hefen auf unverletzter Haut anzusiedeln, für Tiere ist die Pathogenität der Hefen äußerst gering.

Krüger-Sagan.

Scott: **Oidiomycosis of the nails. (Oidiomykose der Nägel.)** The B. J. of Derm. a. S. 1927. 3.

Es gelang dem Verf., kulturell aus dem Abgeschabsel einiger erkrankter Nägel von einer Krankenschwester einen Hefepilz zu kultivieren, und zwar besonders gut anaërob. *Sabouraud*scher Nährboden. Junge Kulturen zeigen keine Myzelien, ältere aber verzweigen sich in gegliederten Myzelien, die an den Enden flaschenförmig angeschwollen sind, was bei gewöhnlichen Hefekulturen nicht vorkommen soll. Die meist nur im mittleren Drittel ergriffenen Nägel werden am besten abgeschabt bis zum Krankheitsherd, falls, wie in unserem Fall, chirurgische Entfernung des Nagels verweigert wird. Die Herde selbst werden dann täglich mit verdünnter Jodtinktur oder Jod-Jodkaliumlösung 1 : 2 : 1000 bepinselt. Während des Tages Acid. benz., Zinci oxydati, Vaseline 1 : 1 : 30 auflegen. Widerspenstige Fälle behandeln mit 1%iger Chrysophansäure. Verf. vermutet, daß die Nägel häufiger, als man glaubt, die Einfallspforten sind für innere Systemerkrankungen durch Hefe- und verwandte Pilze.

Siegfried-Aachen.

Mac Cormac: **Paronychia due to Oospora (Oidium) albicans. (Paronychia durch Oosporon albicans.)** The B. j. of Derm. a. S. 1927. 10.

Verf. gibt die Krankengeschichten zweier zusammenlebender Schwestern die seit 10—30 Jahren an rezidivierenden Attacken anscheinender Eiterung des Nagelwalles mit folgender vorübergehender Zerstörung mehrerer Fingernägel leiden. Der Zustand beginnt mit einem anscheinenden Eiterbläschen am Nagelrande, dessen Inhalt sich aber als aus trockenen Hautschuppen und wenig Leukozyten bestehend erweist, daneben aber Myzelfäden in beträchtlicher Menge und Staphylococcus albus enthält. Myzelien identifiziert als Oosporon albicans. Es handelt sich also um denselben Pilz, der Mundfäule hervorruft, wofür Verf. auch mehrere kurze Kasuistiken aus der Literatur angibt mit Ansteckung vom Munde aus. Dieses Oosporon gehört nicht zu den Hefepilzen, denn es unterscheidet sich von diesen dadurch, daß es nur sehr kurze schwache Hyphen zeigt und daß seine Sporen in Ketten liegen. Hefen haben demgegenüber überhaupt keine Hyphen. Verf. meint, daß bei genauerer Aufmerksamkeit man wohl noch häufiger Hautläsionen, hervorgerufen durch das Oosporon albicans, finden würde.

Siegfried-Aachen.

C. Krauspe: **Untersuchungen zur Biologie des Soorpilzes und zur Pathogenese der Soorkrankheit.** Krankheitsforschung. 1927. IV. S. 1.

In der Kultur hängt die Formbildung des gewöhnlichen Soorpilzes von der physikalisch-chemischen Beschaffenheit des Nährbodens ab. Diese

Digitized by Google

wird durch Angabe von p_H und relative Oberflächenspannung bestimmt. Die Viskosität einer Lösung, der Sauerstoffgehalt und der Reichtum an Nährstoffen scheinen nur von unwesentlicher Bedeutung für die Formbildung des Erregers zu sein. Die Formbildung ist weiter abhängig von rein mechanischen Momenten. So können die zarten Pilzschleier in Kulturflüssigkeiten schon durch leichte Erschütterungen in Wachstum und Form gestört werden. Unter der Voraussetzung, daß eine Lösung schon rein chemisch ein Nährmittel für den Pilz darstellt, wird die Myzelbildung des Soorerregers danach im wesentlichen durch physikalisch-chemische und mechanische Momente bestimmt. Da der Pilz im Tierkörper, sobald die Erkrankung manifest wird, im allgemeinen Myzelien bildet, so sind die genannten Faktoren auch wesentlich für die Ansiedlung des Erregers im Organismus. *Memmesheimer*-Bonn.

C. Krauspe: **Untersuchungen zur Biologie des Soorpilzes, Teil II.** Krankheitsforschung. 1927. IV. S. 139.

Auch in Tierversuchen (perorale Infektion von Ratten, Mäusen, Hunden und Katzen) zeigte sich die Bedeutung physikalisch-chemischer und mechanischer Faktoren für die Haftung des Erregers im Organismus. Eine ausgesprochen saure oder alkalische Ernährung führte zwar nicht zu einem besonders schweren Verlauf der Soorerkrankung bei Ratten und bei Mäusen, jedoch wurden Formbildung und Ansiedlung des Pilzes deutlich beeinflußt. Bei Hunden und Katzen war eine Haftung der Soorinfektion nach Verfütterung von Konidien sehr schwer, erst durch Störung der Magenverdauung (durch gleichzeitige Gaben von Magnesiumsulfat) konnten schwere und sogar tötliche Erkrankungen erzielt werden.

Memmesheimer-Bonn.

M. Truffi: **Über den Pleomorphismus des Epidermophyton inguinale.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 745.

Von einem Falle von Ekzema marginatum der Inguino-Skrotalgegend entwickelten sich auf *Sabourauds* Glukoseagar schon in den Originalröhrchen zwei verschiedene Typen: Der eine entsprach dem Typus des Epidermophyton inguinale *Sabourauds*, der andere, bei schnellerer und üppigerer Entwicklung, durch seine morphologischen Charaktere den pleomorphen Kulturen, welche man gewöhnlich vom Epidermophyton und anderen pathogenen Hyphomyzeten erhält. Diese wolligen, schneeweißen Kolonien verursachten beim Menschen (in den Oberschenkel verimpft) einen runden, erythemato-squamösen Herd, der in etwa 40 Tagen den Durchmesser von 7 cm erreichte. In den Schuppen dieses Herdes fand sich ein Myzelgeflecht; die Rückkultur ergab Kolonien, die den zur Inokulation verwendeten entsprachen. Diese Kolonien wiesen mikroskopisch keine deutlichen Fruktifikationsorgane auf, sondern erschienen aus dünnen, spärlich septierten Myzelien und sehr wenig Chlamydosporen zusammengesetzt.

Der eigenartige Befund läßt sich wohl so erklären, daß ein Pilz, wie das Epidermophyton, welcher so große Tendenz zum Pleomorphismus aufweist, im saprophytischen wie im parasitären Leben Modifikationen eingehen kann, welche die Entwicklung der pleomorphen Form direkt aus den Elementen des Pilzes, der die Hautkrankheit verursacht, ermöglicht. Unter Annahme dieser Vermutung gewinnt die vorliegende Beobachtung ein besonderes Interesse für die Biologie der Hyphomyzeten.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Digitized by Google

Alexander: **Über die durch den Kaufmann-Wolffschen Pilz hervorgerufenen Hauterkrankungen der Hände und Füße mit besonderer Berücksichtigung der Dyshidrosis sicca lamellosa.** M. K. 1927. 8.

Schon vor 5 Jahren veröffentlichte Verf. eine Studie über Trichophytien der Hände und Füße, die er in zwei Formen teilte, einmal erythematöse, schuppende, zirkumskripte Herde mit manchmal einzelnen oder gruppierten Bläschen meist an Händen, dann zweitens große einzelne oder gruppierte, mitunter sanguinolente Blasen meist an Füßen. Ursache fast immer der *Kaufmann-Wolff*sche Pilz, der damals zur Gipseumgruppe vom Verf. gerechnet wurde. Es handelt sich um einen Trichophytiepilz, der weder zur Endo-, noch Ektothrixgruppe gehört, die Haare freiläßt und sich darauf beschränkt, inguinale Epidermophytien und dyshidrotiforme oder pseudoekzematöse Erkrankungen an Händen und Füßen hervorzurufen. Diese letzteren Erkrankungen haben, wie überall, so nach Verf. auch in Berlin sehr zugenommen in den letzten Jahren. Verf. vermutet als Ansteckungsquelle Strohsandalen oder -matten in Badeanstalten. Besonders aber weist Verf. nunmehr auf eine Varietät der *Kaufmann-Wolff*schen Erkrankung hin, die sogenannte Dyshidrosis sicca lamellosa, die besonders in den heißen Sommermonaten sich neuerdings auffallend breitmacht, meist aber wegen ihrer geringfügigen Beschwerden übersehen wird. Es gibt nach Verf. auch da zwei Formen, einmal die D. s. l. (meist der Hände) in mehr minder deutlicher Ausprägung zusammen mit trichophytischen Läsionen (meist an Füßen), dann aber die alleinstehende D. s. l. (meist nur an Händen) ohne erhebliche Erscheinungen. Merkwürdig ist nun, daß man bei ersterer Form wohl immer an Füßen, wenn diese befallen waren, den *Kaufmann-Wolff*schen Pilz nachweisen konnte, nie aber bei den Formen an den Händen. Trotzdem möchte Verf. am mykotischen Ursprung der D. s. l. der Hände festhalten und sie mit zur Trichophytie zählen. Vielleicht aber liegt eine Trichophytie der Hände vor, verursacht durch avirulente oder wenig virulente Abarten des *Kaufmann-Wolff*schen Pilzes, was aber noch zu erweisen wäre. *Siegfried*-Aachen.

G. Lombardo: **Untersuchungen über das Epidermophyton cruris.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 744.

Lombardo beobachtete einen Fall von nur in der Nabelgegend lokalisierter Epidermophytie, der durch heiße, feuchte Umschläge ausgelöst war. Dieser Fall veranlaßte ihn, mit Kulturen des Epidermophyton Inokulationen auf Haut vorzunehmen, die vorher mit Kochsalzumschlägen behandelt war. Diese Versuche veranlaßten ihn zu folgenden Feststellungen: Das Epidermophyton cruris (oder besser citreum, wenn man ihn von anderen Epidermophytonarten trennen will) und seine pleomorphe Form sind durch Kultur auf die Haut des Menschen zu übertragen, vorausgesetzt, daß diese der Einwirkung feuchter Kochsalzumschläge (oder anderer, nicht antiseptischer) Flüssigkeiten ausgesetzt war; von der auf diese Weise entstandenen Epidermomykose lassen sich wieder auch nach vielen Tagen noch Rückkulturen des Epidermophyton cruris und seiner pleomorphen Form anlegen. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

G. A. Ambrosoli: **Epidemie durch Trichophyton glabrum, beobachtet in Italien.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 3. S. 1011.

Nach den Untersuchungen der meisten Autoren über die Pilzerkrankungen in den verschiedenen Provinzen Italiens scheint das Tricho-

Digitized by Google

phyton violaceum den häufigsten Erreger der Trichophytien darzustellen; in einigen Gegenden bedingt es 91,72 % der Erkrankungen; viel seltener und nicht ganz gesichert sind durch das von *Sabouraud* beschriebene Trichophyton glabrum verursachte Erkrankungen.

Ambrosoli berichtet über eine Pilzepidemie in einem Wohltätigkeitsinstitut Liguriens, welches in einem Landstrich an der Riviera di Levante gelegen war. Er hatte Gelegenheit, 16 befallene Kinder zu untersuchen. Die klinischen Charaktere schon ließen nur eine Trichophytieepidemie zu und gestatteten eine Mikrosporie auszuschließen. Die Varietät des kulturell isolierten Pilzes entsprach dem Trichophyton glabrum. Was aber die Verteilung des Pilzes im Inneren des Haares betrifft, so beobachtete *Ambrosoli* im Gegensatze zu *Sabouraud*, der das Trichophyton glabrum unter die wahren Endothrixarten einreiht, eine Periode des Befallenseins und der Verteilung entsprechend den Ektothrixarten; es wäre daher richtiger, den Pilz unter die Neo-Endothrixformen einzureihen.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

R. Brande u. *Per:* **Lichen microsporicus (Arzt-Fuhs).** Russkij Westnik Dermatologii. 1926. Nr. 10.

Generalisierung des Exanthems nach Röntgenbestrahlung bei einem Mädchen mit Microsporia capitis. Es wurde das Microsporon lanosum nachgewiesen. *A. Jordan.*

Howard Fox: **Ringworm of the scalp in the adult; Report of a case of Kerion due to Mikrosporon Audouini. (Trichophytie des Kopfes bei einem Erwachsenen. Bericht über einen Fall von Kerion, hervorgerufen durch Mikrosporon Audouini.)** Arch. of Derm. and Syph. Bd. 13. H. 3. S. 398.

Bei einer Mulattin mit Kerion wurde als Erreger Mikrosporon Audouini gefunden (kultureller Nachweis). Bisher sind in der Literatur 53 Fälle dieser Art beschrieben. *G. H. Klövekorn*-Bonn.

Lewenko: **Eine Mikrosporie-Hausepidemie.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 2.

Obgleich die Mikrosporie in Rußland zu den seltenen Pilzerkrankungen gehört, beobachtete Verf. in einer Wohnung unter 16 Insassen bei 12 Mikrosporie. *A. Jordan.*

S. Fried: **Zur Frage der experimentellen Mikrosporie.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 1.

Das vorwiegende Vorkommen von Mikrosporon lanosum in Moskau veranlaßte Verf., im Moskauer Venerologischen Institut experimentelle Versuche an Tieren anzustellen, welche bei Meerschweinchen und Kaninchen in 100 % ein positives Resultat ergaben. Die Inkubation dauerte bei der experimentellen Mikrosporie 5—8 Tage; die Erkrankung verläuft bei Meerschweinchen sehr verschieden, beginnt als kaum sichtbare Affektion der oberflächlichen Hautschichten und kann kerionartig werden. Sie zieht sich 19—45 Tage hin und endet stets spontan. Bei Kaninchen verläuft der Prozeß noch gutartiger. Reinokulationen gelangen in der Mehrzahl der Fälle nicht, wobei das Tier auf wiederholte Impfung mit einer entzündlichen Reaktion antwortet, dank welcher das Tier anscheinend eine Immunität gewinnt, die aber nicht absolut zu sein scheint. *A. Jordan.*

Digitized by Google

G. A. Ambrosoli: **Kultur des Achorion Schönleinii aus dem strömenden Blute bei einem Falle von Favus.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 820.

Bisher wurden 7mal aus dem strömenden Blute bei Pilzerkrankungen die Pilze gezüchtet, 3mal bei Trichophytie ohne Trichophytide (*Jeßner, Masia*), 3mal bei Trichophytie mit Trichophytiden (*Ambrosoli, Jeßner, Falchi*) einmal bei Mikrosporie (*Arzt* und *Fuss*). *Ambrosoli*, der zum ersten Male den Trichophyton aus dem strömenden Blute züchtete, hat jetzt zum ersten Male auch den Favus aus dem strömenden Blute züchten können. Die Kultur stammte von einem 6jährigen Kind, welches gewöhnlichen Favus aufwies. Die außerordentliche Seltenheit der Blutkultur bei Pilzerkrankungen erhellt aus der Tatsache, daß der offenbar auf diesem Gebiete besonders erfahrene Verfasser bei 1269 Fällen von Trichophytie, Favus und Mikrosporie Blutkulturen angelegt hatte und nur 2mal ein positives Ergebnis verzeichnen konnte; vielleicht ist der Glukoseagar von *Pollacci* besonders geeignet für derartige Kulturversuche, den die Favuskultur des Verfassers und die Trichophytonkultur *Falchis* gelangen auf diesem Nährboden. Der neue Befund *Ambrosolis* zeigt auch, daß die Blutkultur dort positiv ausfallen kann, wo keine allergische Reaktion von seiten der Haut und auch sonst klinische Erscheinung vorhanden sein braucht, die auf einen Übergang der Pilze in das Blut hinweist. Die Blutkultur fiel sogar negativ bei fast allen Fällen von Trichophytiden, Mikrosporiden und Faviden aus. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Donato: **Fall von generalisiertem Favus mit Onychomykose der Zehennägel.** Sez. pugliese d. soc. ital. d. Dermatol. 10. Febr. 1927. Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 886.

16jähriges Mädchen, seit 11 Jahren Favus des behaarten Kopfes, seit 3 Jahren Übergang der Krankheit auf Arme, Seitenflächen des Thorax und Bauches, auf Gesäß, Hände und Füße. Auf den unbehaarten Teilen hat der Favus besonders die Forma scuttata angenommen, mit Dicke der Scutula bis zu 1 cm; zum Teil bestehen erythematös-squamöse Herde, so an Händen und Füßen. Die Fingernägel sind frei geblieben, die Zehennägel sind befallen. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

G. A. Ambrosoli: **Kultur des Achorion Schönleinii aus dem strömenden Blute bei einem Fall von Favus.** Giorn. ital. di Dermatol. 1926. H. 6. S. 1552.

Ambrosoli stellte systematische Kulturversuche aus dem strömenden Blut bei 1269 Fällen von Trichophytie, 154 Fällen von Mikroskopie, 293 Fällen von Favus an. 1920 erhielt er aus dem Blute eine positive Kultur von Trichophyton gypseum, jetzt bei einem Kinde mit Favus des behaarten Kopfes, welches weder eine allergische Hauteruption, noch allgemeine Symptome aufwies, eine Blutkultur des Achorion Schönleinii. Er nimmt an, daß bei diesem Falle durch Erscheinungen humoraler Immunität der Pilz nicht die Haut erreichte und dort eine pathogene Wirkung auslöste, wie sich bei Fällen von Trichophytie durch ein Trichophytid äußert. *Ambrosoli* nimmt auf Grund seiner Blutkulturen an, daß die Trichophytide, Mikrosporide und Favide auf hämatogenem Wege entstehen; ein Transport der Toxine allein auf dem Blutwege genüge nicht, um diese Hauterscheinungen auszulösen.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Digitized by Google

K. v. Berde-Szegedin: **Favus capitis unter dem Bilde einer Folliculitis scleroticans.** Derm. Wo. 1927. Bd. 84. Nr. 20.

Bei einer 40jährigen Pat. besteht seit etwa 30 Jahren auf dem Kopf ein Favus, der stellenweise unter Hervorrufung einer Alopezie und Narbenbildung verheilt ist. In der Schläfen- und Nackengegend finden sich typische Favusherde, an dessen Rändern sind zahlreiche höckerige Furchen und trichterförmige Vertiefungen, die teilweise 4—5 mm das Niveau der umgebenden Haut überragen. Solche Veränderungen finden sich nur an den Randpartien der Favusherde, die übrige Kopfhaut ist vollkommen frei. Bemerkenswert an diesem Fall ist erstens das lange Bestehen des Favus (30 Jahre), zweitens die Veränderungen, die unter dem Bilde einer Folliculitis scleroticans einhergehen. Es handelt sich wohl um kein zufälliges Zusammentreffen, sondern durch den Favus ist bei einer konstitutionell dafür disponierten Kranken die Möglichkeit für die Ansiedlung von Staphylokokken und deren Tieferdringen in die Follikel geschaffen worden. Beweisend dafür ist auch das Beschränktsein der Follikulitis scleroticans auf die am Favus erkrankter Partien. *Krüger*-Sagan.

Gluchowzow: **Zur Kasuistik und Ätiologie der Dysidrosis.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Nr. 8.

In 10 Fällen typischer Dysidrosis erwiesen sich die Füße öfter betroffen als die Hände. Verf. sieht als Urheber der Krankheit einen dem Tr. gypseun asteroides nahestehenden Pilz an. *A. Jordan.*

Prochazka Karel: **Ein seltener Fall von oberflächlicher atrophisierender Hauttrichophytie.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 5. S. 1433.

Beschreibung eines Falles von oberflächlicher Hauttrichophytie, verursacht durch Trichophyton microides gypseum (asteroides) bei einem 42jährigen Patienten mit atrophischen Veränderungen der befallenen Hautgebiete.

Was die Genese dieser Atrophie betrifft, so ist die Wirkung der Trichophytontoxine auf einen Boden von herabgesetzter Resistenz, die sich in einer chronischen Nephritis, in Herzgefäßstörungen und in einer deutlichen Labilität der Blutgefäße äußert, in Betracht zu ziehen; besonders die beiden letzterwähnten Zustände scheinen eine prädisponierende Rolle zu spielen. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

G. A. Chiurco: **Experimentell hervorgerufene mykotische Arthritiden und Myositiden.** Derm. Wo. 1927. Bd. 84. Nr. 7.

Verf. glaubt, daß man eventuell bei chronischen Gelenkentzündungen neben der Tuberkulose in der Ätiologie gewisse Pilzerkrankungen, die gewöhnlich nur oberflächliche Hauterscheinungen hervorrufen, annehmen kann. Es ist ihm gelungen, durch Einimpfungen von Pilzmaterial in die Umgebung des Kniegelenkes oder in das Gelenk selbst bei weißen Ratten chronisch verlaufende Arthritiden zu erzeugen. Histologisch handelte es sich um hyperplastische oder nekrotisch eitrige Bildungen. *Krüger*-Sagan.

E. Hartmann-Frankfurt a. M.: **Über endemisches Auftreten von Pityriasis sicca.** Derm. Wo. 1927. Bd. 84. Nr. 7.

Bei der Pityriasis sicca handelt es sich um eine Affektion im Gesicht der Kinder, vorwiegend lokalisiert in der Umgebung des Mundes, auf Wange und Kinn. Die Herde haben Bohnen- bis Markstückgröße, sind meist

Digitized by Google

rundlich bis oval und zeigen eine kleienförmige Schuppung. Meist besteht daneben keine ausgesprochene Seborrhöe des Kopfes, so daß man beide Affektionen voneinander trennen muß. Es werden zwei Endemien beschrieben, die sich einmal in einer Schulklasse, das andere Mal in einem Saal der Kinderklinik ereigneten. In der Schule wurden fast alle Kinder derselben Klasse davon befallen, aber auf andere Klassen griff die Affektion trotz genauester Beobachtung nicht über. Ausgangspunkt für beide Endemien waren je ein ekzemkrankes Kind. Genaueste Untersuchung auf Pilze und Bakterien ergab ein negatives Resultat. Auf Grund dieser Beobachtung wird die Pityriasis sicca trotz Fehlens eines spezifischen Erregers für infektiös gehalten, eine Anschauung, die auch von französischen Forschern vertreten wird. *Krüger*-Sagan.

C. L. Karrenberg-Hamburg: **Die Eignung der von Grütz angegebenen Nährböden zur Bestimmung und Weiterzüchtung der Dermatophyten.** Derm. Wo. 1927. Bd. 84. Nr. 13.

Auf Grund von ausgedehnten Untersuchungen konnte festgestellt werden, daß es *Grütz* gelungen ist, mit dem von ihm vorgeschlagenen Testagar das Milieu d'épreuve von *Sabouraud* vollkommen zu ersetzen, ja das Wachstum der Pilze vollzieht sich auf ihm oft besser und sicherer als auf dem französischen Nährboden. Der Vorteil besteht vor allen Dingen darin, daß die Materialien zu seiner Zubereitung alle in Deutschland hergestellt werden und stets in gleicher Güte zu haben sind. Auch der *Grütz*sche Maltose-Glyzerin-Pepton-Agar ist zur Anlegung einer Kultur sehr geeignet, es wurden auf ihm sehr häufig noch positive Resultate erzielt, wo der mikroskopische Nachweis der Pilze nicht gelang.
Krüger-Sagan.

Gluchowzow: **Die Pilzarten bei der Trichophytie, Mikrosporie und dem Favus in Tomsk (Sibirien).** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 4.

Es wurden in den letzten 4 Jahren gezüchtet:

das	Trichophyton violaceum in	36.36 %
„	„ regulare „	6,5 %
„	„ faviforme „	3,9 %
„	„ glabrum „	2,6 %
„	„ gypseum asteroides in	1,3 %
„	Mikrosporon lanosum in	20,77 %
„	Achorion Schönleinii in	23.37 %
„	Epidermophyt. inquinale in	1,3 %
„	Oidiom. monilia in	1,3 %

A. Jordan.

Gonorrhöe.

Allgemeine Symptomatik. Kasuistik.

Vercellino: **Über die sogenannten „Kugelkerne" im Urethralsekret.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 5. S. 1471.

Vercellino äußert sich über die sogenannten Kugelkerne oder sphärischen Kerne in den entzündlichen Urethralsekreten. Zahlreiche Fälle von

Digitized by Google

Urethritis bacterica und aseptica gaben ihm Gelegenheit, das prozentuale Vorkommen dieser Kugelkerne bei den verschiedenen Formen der Urethritis festzustellen. Sie fehlen gänzlich oder fast ganz bei den akutesten gonorrhoischen Urethritiden; bei postgonorrhoischen und abakteriellen Urethritiden finden sie sich dagegen in verschiedener Menge und können im Vergleich mit den polymorphkernigen Leukozyten bis zu 134 % betragen.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Capek: **Die Flagellaten-Urethritis des Mannes.** M. K. 1927. 40.

Seit der Ära der mikroskopischen Färbetechnik hat man sich entwöhnt, die Sekrete auch ungefärbt zu untersuchen; nur so ist es zu erklären, daß obige Krankheitszustände, die anscheinend gar nicht so selten vorkommen, übersehen wurden, denn die ursächliche Trichomonas vaginalis färbt sich nicht mit den gebräuchlichen Färbemitteln. Zu den bisherigen vier Fällen einer Trichomonas urethritis bringt Verf., der sich zum Grundsatz machte, alle rätselhaften männlichen Urethralpräparate auch ungefärbt auf Tr. zu untersuchen, zwei neue Fälle. Das auffallendste Kardinalsymptom der Flagellaten-Urethritis ist Hämaturie, ebenso wie auch Trichomonas-Kolpitiden bei Frauen mit Blutungen einhergehen. Tr. findet man oft massenhaft in Urinflocken. Hämaturie ist oft nur mikroskopisch nachweisbar. Verf. bezeichnet obiges Leiden als vierte Geschlechtskrankheit. Zum Schluß folgt noch eine längere Darlegung der Biologie der Tr., besonders ihres Fortpflanzungsaktes mit Illustrationen.

Siegfried-Aachen.

Julius K. Mayr: **Über die Beziehungen des Glykogens zur gonorrhöischen Erkrankung.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 42.

Der Autor stellte Versuche an, die darauf hinausliefen, festzustellen, ob der Glykogengehalt, der normalerweise in den mittleren Zellschichten des Pflasterepithels im Urogenitaltraktus am reichlichsten vorhanden ist, Schwankungen unterworfen ist, die sich in Korrelation zur Gonorrhöe bringen lassen. Es ließ sich nun in der Tat an Fällen akuter und chronischer weiblicher Gonorrhöe zeigen, daß das Glykogen bei einer akuten Gonorrhöe eine deutliche Vermehrung erfährt, um dann bei der Ausheilung des Prozesses wieder zu normalen Mengen zurückzukehren. Da das Glykogen mit der Säurebildung in engster Beziehung steht und die saure Reaktion des Scheidenschleimes für die Ausbreitung der Gonokokken nicht förderlich ist, so kann man dieser Anhäufung von Glykogen Abwehrmaßnahmen des Körpers erblicken. Ein diagnostisches Merkmal für das Vorhandensein einer Gonorrhöe bietet aber die Glykogenvermehrung nicht.

Weinstock-Charlottenburg.

Alfred Marchionini: **Kolloidchemische Sediment- und Fluordiagnostik.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 1.

Veyderhelm machte die Beobachtung, daß mit zunehmendem Alter einer Zelle die Permeabilität ihrer Membran gegenüber dem Eindringen von kolloiden Farbstoffen zunehme und daß man auf diese Weise das Altern einer Zelle bestimmen und somit auf die Akuität resp. Chronizität des Leidens Schlüsse ziehen könne. Verf. prüfte diese Beobachtung zunächst an dem Sediment von 20 Fällen von Zystitis, Pyelitis und Nephritis durch Zufügung eines Gemisches der beiden kolloiden Farbstoffe Kongorot und Trypanblau nach. Es zeigte sich, daß es auf diese

Digitized by Google

Weise möglich war, prognostische Schlüsse bezüglich Akuität und Heilungstendenz des Prozesses zu stellen, ebenso auch bei der Fluordiagnostik des unspezifischen Fluors bei Männern und Frauen. Bei der Fluordiagnostik der männlichen und weiblichen Gonorrhöe gibt die Methode aber unsichere Resultate. *Weinstock*-Charlottenburg.

G. Tornabuoni: **Vakzination und Komplementablenkung bei gonorrhöischen Affektionen.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 597.

Tornabuoni kommt zu folgenden Schlüssen: Die Komplementablenkungsreaktion gibt unter den biologischen Untersuchungsmethoden für gonorrhoische Affektionen noch am wenigsten inkonstante Resultate, aber die Reaktion ist sehr delikat, nicht völlig spezifisch und sensibel, um praktische Bedeutung zu besitzen.

Auch Versuche, die Komplementablenkungsreaktion durch Vakzineinjektionen deutlicher zu gestalten, machen die Reaktion nicht brauchbarer, denn dann bekommen auch nicht gonorrhoisch Infizierte Reaktionen, die sich von denen der Gonorrhöekranken nicht unterscheiden lassen.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Wreszynski: **Beitrag zur Frage der Verwendbarkeit der Komplementbindungsreaktion bei Gonorrhöe.** M. K. 1927. 43.

Verf. hat die *Cohn*schen Versuche nachgeprüft mit demselben Antigen wie *Cohn*. Dabei ergab sich bei seinen 180 Fällen eine Genauigkeit, wie sie etwa beim Wassermann zurzeit besteht. Besonders nützlich erwies sich obige Reaktion bei gonorrhöischen Adnexerkrankungen, so daß der Verwendung der Reaktion zum mindesten in Kliniken das Wort geredet wird. Eine große Schwierigkeit resultiert aus der Tatsache, daß die Gonokokken sich im allgemeinen sehr unzuverlässig als Antigen erweisen, weil ihre Brauchbarkeit von vielen Imponderabilien abhängt (Alter, Kulturböden). Wünschenswert wäre eine staatliche Standardisierung. Neuerdings bringt *Schering* ein Gonokokkenantigen heraus, das sich gut bewährte. Eine weitere Schwierigkeit erwächst dem Kliniker noch aus der Erkenntnis, daß noch zwei Jahre nach klinischer Heilung Komplementbindungsreaktion bestehen kann. Bezüglich der Frage der Ehekonsenserteilung aber würde obiges Verfahren schon jetzt manchen nützlichen Fingerzeig geben können.

Siegfried-Aachen.

Porudominskij: **Augenblicklicher Stand der Gonorrhöefrage.** Westnik Sowremennoi Medicini. 1927. Nr. 15—17.

Der häufige Übergang der Gonorrhöe in die chronische Form, die Komplikationen und sogar gelegentliche Generalisierung des Prozesses verlangen energische Aufklärungsmaßnahmen und bei der Behandlung eine strengere Individualisierung unter Berücksichtigung aller schädlichen, durch die Lebensbedingungen der Kranken gegebenen Umstände, wie Hebung aller allgemeinen und lokalen Schutzkräfte der Organismen durch Anwendung einer spezifischen und nichtspezifischen Behandlung (Diathermie, Jontophorese, Schlamm). Unter solchen Umständen gelingt es, eine akute Gonorrhöe in 1—3 Monaten auszukurieren, bei einer chronischen zwar nicht immer eine vollkommen anatomische Ausheilung zu erzielen, aber immerhin in allen Fällen die Beseitigung der Infektionsgefahr für andere zu erreichen. *A. Jordan.*

Digitized by Google

G. Jaja: **Beitrag zur Kenntnis des diagnostischen Wertes der Komplementablenkung bei Gonorrhöe.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 579.

Jaja kommt zu folgenden Schlüssen: Die Komplementablenkung bei Gonorrhöe weist durch ihren häufigen positiven Ausfall bei Gonorrhöekranken einen bemerkenswerten Grad von Spezifität auf. Da die klinischen Kriterien für die akuten Fälle genügen, ist ihr Wert nach ihrem Verhalten bei den chronischen Formen zu bemessen. Nach den Erfahrungen bei *Jaja* steht der Ausfall der Komplementablenkungsreaktion manchmal im völligen Widerspruch zu den klinischen Beobachtungen; einschränkend auf den Wert wirkt auch das lange Persistieren der Positivität bei anscheinend völlig geheilten Fällen. Die Reaktion scheint daher für praktische Zwecke eine nur geringe Bedeutung zu besitzen.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Papitow: **Die Reaktion Bordet-Gengou als diagnostisches Mittel bei weiblicher Gonorrhöe.** Journal zur Vervollkommnung der Ärzte. 1927. Nr. 7/8.

Die Reaktion *Bordet-Gengou* fiel nach den Untersuchungen des Verf. bei Gonorrhöe der unteren Partien bei den Frauen in 33%, bei Gonorrhöe der oberen Partien in 88% positiv aus, so daß diese Methode die einzige ist, welche das Recht gibt, zu sprechen von einer Ausheilung der Gonorrhöe der oberen Partie bei der Frau. *A. Jordan.*

G. Lanteri: **Die biologischen Untersuchungsmethoden bei der gonorrhöischen Infektion: a) Komplementablenkung, b) Agglutinine, c) Kutis- und Intradermoreaktion.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 574.

Lanteri kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Sowohl die Kutis- wie die Intradermoreaktion eigenen sich nicht zur praktischen Verwendung, denn sie geben bei einer großen Zahl von Kontrollversuchen positive Ergebnisse. Die Reaktionen können also nicht als spezifisch gelten. 2. Dasselbe gilt für die Agglutination, von der man bei Verwendung einer frischen Bakterienemulsion aus lebenden Keimen bessere Resultate erwarten könnte. 3. Die Komplementablenkung dagegen verdient bei positiven Fällen für die Feststellung der noch nicht erfolgten Heilung Aufmerksamkeit. Sie tritt aber nicht konstant auf und kann bei einem Prozentsatz von Fällen fehlen. Das vermindert aber nicht den diagnostischen Wert, der sich besonders bei chronischen Gonorrhöen im Latenzstadium als groß erweisen kann. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

E. Balbi und *G. Balduzzo:* **Die Komplementablenkung bei Gonorrhöe.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 573.

Nach den Untersuchungen von *Balbi* und *Balduzzo* kann die Komplementablenkung bei Gonorrhöe bei gewissen Fällen (Gon. chron.) einen diagnostischen Wert haben. Nicht immer steht die Intensität der Reaktion im Einklang mit der Intensität des gonorrhoischen Prozesses. Die Komplementablenkung bei Gonorrhöe ist eine sehr delikate und inkonstante Reaktion, die vielen Versuchsfehlern unterworfen, vor allem von der Stabilität des Antigens abhängig ist. Die Keime des diagnostischen Antigens gehen durch die Zeit und verschiedene andere Umstände immer stärkere autolytische Prozesse ein, welche die antigene Wirkung ändern und die

Digitized by Google

Reaktion beeinflussen können. Es kommt also bei der Reaktion auf ein möglichst stabiles und empfindliches Antigen an; nur dann verdient die Reaktion Zutrauen für ihre diagnostische Verwertbarkeit.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

G. Peli: **Die Agglutination des Gonokokkus Neißer im Serum Gonorrhöischer.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 571.

Peli, der mit der von *Besson* angegebenen Methode 81 Seren von Gonorrhoikern auf Agglutination geprüft hat, mißt der Methode für die klinische Diagnostik keinen Wert zu. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

G. Spicca: **Die Komplementablenkung bei gonorrhöischen Affektionen.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 557.

Spicca kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Die gonorrhoischen Antikörper fehlen im allgemeinen bei Beginn der Infektion, und sie können auch bei schweren und komplizierten Formen fehlen. 2. Wo sie vorhanden sind, werden sie, wenn sie auch spärlich und sehr labil sind, durch die Komplementablenkung festgestellt. Die positiven Ergebnisse, die anfangs 10—20 % betrugen, sind heute durch Verbesserung der Technik viel höher. 3. Der positive Ausfall der Komplementablenkung ist proportional der Ausdehnung und Schwere des Gonorrhöeprozesses. 4. Die Reaktion ist hochgradig spezifisch. 5. Für die einfache akute Gonorrhöe hat die Reaktion kaum Bedeutung, da die direkte und mikroskopische Untersuchung genügen. Dagegen hat sie ihren Wert für komplizierte Formen, besonders für Epididymitiden. Sie ist von Nutzen bei den chronischen Formen, wo ihr Prozentsatz höher ist als der durch mikroskopische Untersuchung oder Kultur erreichte. Eine positive Reaktion spricht bei starkem oder mäßigem Ausfall, gute Kontrollen vorausgesetzt, für einen gonorrhöischen Prozeß; eine schwach positive Reaktion erfordert erneutes Anstellen der Reaktion; ein negativer Ausfall läßt eine Infektion nicht ausschließen. Von Wert ist die Reaktion bei Gonorrhöe des Weibes und bei ätiologisch unklaren Formen von Epididymitis und Zystitis.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

H. Hecht-Prag: **Serodiagnose der Gonorrhöe und Tuberkulose mittels der Aktivmethode (HR).** Derm. Wo. 1927. Bd. 84. Nr. 29.

Es wurde mit aktivem Serum gearbeitet und als Antigen für Gonorrhöe Arthigon extrastark, das möglichst frisch sein soll, und für Tuberkulose das von *Boquet Négre* durch Methylalkoholextraktion hergestellte Antigen benutzt.

Die Ergebnisse mit dieser Methode waren zufriedenstellend. Trotzdem ist die Beurteilung der gefundenen Resultate immer sehr schwierig, und es empfiehlt sich stets, bei diesen Fällen ebenfalls die Wa.-R. nach derselben Versuchsanordnung vorzunehmen, um aus der Übereinstimmung oder der Divergenz beider Reaktionen Schlüsse ziehen zu können.

Krüger-Sagan.

A. Buquicchio: **Die Komplementablenkung bei Gonorrhöe.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 553.

Buquicchio hat mit Gornargin und der Gon.-Vaccine des Mailänder Serotherp. Inst. über 200 Seren Gonorrhöischer untersucht. Die Ergebnisse sind spärlich in den ersten Stadien der Infektion, sensibler bei

Digitized by Google

chronischen Formen und Komplikationen. Das Gonargin erwies sich als weniger sensibel und spezifischer. Der gute Ausfall der Serumreaktion ist in technischer Hinsicht fast ausschließlich abhängig von der Kontrolle des Antigens und vom hämolytischen System. Sie ist nur relativ spezifisch, wenigstens mit den angewendeten Antigenen. Die Konstanz positiver Reaktionen ist von dem Vorkommen mehr diffuser Veränderungen in den Geweben (Komplikationen) abhängig. Wenn auch diese Reaktionen einen gewissen Wert für die Praxis besitzen, so geben sie doch für die Fragen der Heilung und des Ehekonsenses nur ein relatives Urteil.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

A. Crosti: **Die biologischen Untersuchungsmethoden bei der gonorrhöischen Infektion — „die serologischen Untersuchungsmethoden".** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 401.

Crosti kommt bei seinen Untersuchungen über die serologischen Untersuchungsmethoden bei der gonorrhöischen Infektion zu folgenden Schlüssen: Trotz des Fehlens einer natürlichen oder angeborenen Immunität bei Gonorrhöe verursacht diese Erkrankung beim Menschen spezifische humorale Reaktionen, so daß der Nachweis gonorrhöischer Antikörper eine gewisse praktische Bedeutung haben kann. Folgende Tatsachen sind festzustellen: 1. der Nachweis von Präzipitinen im Blutserum gibt keine Resultate von klinischem Werte; 2. die Agglutination ist empfindlicher, aber negativ bei einer Anzahl von Fällen und inkonstant und stößt in ihrer Verwertung auf technische Schwierigkeiten; 3. dagegen verdient die Methode der *Komplementablenkung* in die klinische Praxis Eingang zu finden.

Da der Gehalt an komplementablenkenden Substanzen im Blutserum gonorrhöisch Erkrankter nie sehr hoch ist (weit geringer als bei Syphilis), ist es bei der Gonorrhöe erforderlich: 1. ein exakt dosiertes hämolytisches System zu wählen, bei dem die Quantität des abzulenkenden Komplements verhältnismäßig geringer ist als das bei der Wa.-R. verwendbare; 2. ein Gonokokkenantigen herzustellen, welches bei guter Empfindlichkeit und Spezifität mit Sicherheit von antikomplementären Wirkungen frei ist. Eine einfache Gonokokkensuspension in physiologischer Kochsalzlösung, die nach Abtötung der Gonorrhöe etwa 2 Monate steril aufbewahrt ist, kann als Antigen dienen; vorzuziehen ist ein Antigen aus verschiedenen Stämmen, wenn auch eine Suspension aus einem Stamm bei erprobter antigener Wirkung praktisch genügen kann.

Eine positive Komplementablenkung kann in der zweiten Infektionswoche auftreten, sie erreicht ihren Höhepunkt in der 6. Woche und dauert mit Intensitätsschwankungen über die klinische Heilung hinaus. Bei Urethritiden ohne tiefe Komplikationen pflegt diese Positivität nicht länger als 2 Monate nach der Heilung anzuhalten; bei Formen mit Komplikationen kann sie sich noch viel länger erhalten.

Das Persistieren positiver Komplementablenkung ohne Intensitätsabnahme spricht für die Existenz noch aktiver gonorrhöischer Herde.

Der Prozentsatz positiver Reaktionen schwankt von 50% bei einfachen Urethritiden bis zu 100% bei einigen Komplikationen; die Positivität ist besonders hoch bei den subakuten Formen und sehr hoch bei subakuten Epididymitiden und Prostatitiden, bei Arthritiden und Adnex-

Digitized by Google

erkrankungen. Der Befund hat bei den letzterwähnten Formen eine solche Bedeutung, daß, wenn die Serumreaktion wiederholt negativ ausfällt (auch nach einer reaktivierenden Gonokokkenvakzineinjektion), man an eine anderes ätiologisches Moment zu denken hat.

Aber die Komplementablenkungsmethode hat bei der Gonorrhöe ihre Schattenseiten: 1. sie ist eine sehr delikate Reaktion und giebt in den Händen verschiedener Autoren sehr verschiedene Resultate; 2. bei der Untersuchung kommen manchmal leichte Imbibitionen von Hämolyse vor; 3. die Reaktion gibt manchmal nicht spezifische Resultate, besonders bei Patienten mit anderen Krankheiten, besonders Lues; 4. die Reaktion kann bei benignem Krankheitsverlaufe während der ganzen Dauer der Erkrankung fehlen; auch chronische Gonokokkenträger können negativ reagieren; 5. die Reaktion verliert ihren diagnostischen Wert bei Patienten, welche Gonokokkenvakzineinjektionen erhalten haben. Trotz dieser Nachteile und Ausnahmen verdient die Komplementablenkungsreaktion bei Gonorrhöe als diagnostisches Hilfsmittel berücksichtigt zu werden.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

L. Heiner-Szeged: **Komplementbindungsreaktionen bei Gonorrhöe.** Derm. Wo. 1926. Bd. 83. Nr. 52a.

Es wurden an 380 Kranken, meist mehrmals die Komplementbindungsreaktion zur Klärung verschiedener Fragen angestellt. Es zeigte sich, daß bei frischer Gonorrhöe die erste, schwach positive Reaktion bereits nach 6 Tagen nach der Infektion festgestellt wurde, meist wird sie erst nach 2—3 Wochen selbst bei alleinigem Vorhandensein einer anterior positiv. Bei Übergreifen auf die Posterior, Prostata, Samenblase und Epididymis wird in den meisten Fällen die Stärke der Reaktion größer und ebenfalls steigt die Prozentzahl der positiven Reaktionen überhaupt. In mehreren Fällen gelang es dank einer positiven Seroreaktion, trotzdem klinisch keine Zeichen für das Vorhandensein von Gonokokken nach einer überstandenen Gonorrhöe vorhanden waren, durch eine energische Provokation Ausfluß mit Gonokokken zu bekommen. Auch bei der weiblichen Gonorrhöe war selbst bei reiner Harnröhrengonorrhöe schon in etwa 52% der Fälle eine positive Reaktion zu erzielen, der Prozentsatz der positiven Ausfälle steigerte sich bei Ergriffensein der Zervix, des Endometriums und der Adnexe. Bei Arthritis gon. wurden 100% positive Reaktionen gefunden. Die Frage, wie lange nach der Ausheilung die Seroreaktion noch positiv bleibt, ist nicht ganz leicht zu entscheiden. Es kommt vor, daß die Reaktion bereits negativ wird während des Bestehens der Krankheit; auf der anderen Seite ist von *Heimann* und *Baumann* behauptet worden, daß sie noch 2 Jahre nach überstandener Gonorrhöe eine positive Reaktion gefunden haben. Da man durch intravenöse Injektion von Vakzinen eine positive Seroreaktion erzeugen kann, wurde diese Methode zur Klärung der Frage in mehreren Fällen angewandt. Dabei zeigte sich, daß als obere Grenze für die Dauer der positiven Seroreaktion nach Aufhören der Injektionen 44 Tage gefunden wurden, so daß also auch nach überstandener Gonorrhöe gewöhnlich mit einem Abklingen der Reaktion nach dieser Zeit zu rechnen ist. Bei Anstellung der Reaktion bei Syphilis, Malaria und anderen Hautkrankheiten zeigte sich, daß dieselbe nach der Methode des Verf. eine genügend große Spezifität besitzt. *Krüger*-Sagan.

Digitized by Google

A. Mucci: **Die Intradermoreaktion bei gonorrhöischen Prozessen.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 569.

Mucci kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Bei vielen Gonorrhöikern (einfachen akuten oder komplizierten) besteht eine Hautüberempfindlichkeit gegen die Infektion, die durch die Intradermoreaktion aufgedeckt werden; sie führt bei positiven Fällen zu einer lentikulären Papel, seltener zu einer Pustel mit oder ohne geröteten Hof; 2. zur Erzielung einer deutlichen Reaktion sind etwa $^1/_{10}$ ccm Gonargin erforderlich; 3. geringere Dosen sind wertlos, da sie zu viel negative Resultate ergeben; 4. höhere Dosen ergeben auch bei Nichtgonorrhöischen positive Ausfälle; 5. bei fünf chronisch Gonorrhöekranken mit aktiver Syphilis fiel dreimal die Reaktion positiv aus, bei 22 chronisch Gonorrhöekranken mit behandelter Syphilis fiel die Reaktion nur viermal positiv aus; 6. bei Anämischen tritt die Reaktion leichter in pustulöser Form auf; 7. bei alten Leuten ist die Reaktion flüchtiger und weniger ausgesprochen, bei Kindern intensiver; 8. bei akuten Gonorrhöen ist die Intradermoreaktion zwar nicht konstant, aber bei 83% positiv, sie nimmt mit den Komplikationen ab (66%), fällt bei chronischen Urethritiden auf 28% und ist bei Nichtgonorrhöikern 20%; 9. zwischen Mann und Frau scheinen in dem Ausfall der Intradermoreaktion keine Unterschiede zu bestehen.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Fraser: **Vulvovaginitis in children. An account of its ethiology, Symptomatologie and management with a summery of sixty-thriee cases occuring in South Africa. (Die Vulvovaginitis der Kinder. Ein Beitrag zu ihrer Aetiologie, Symptomatologie und Behandlung mit einem Bericht über 63 in Südafrika beobachteten Fällen.)** The British J. of ven. dis. 1926, 5.

Eine ausführliche Arbeit, welche auch im klinischen Teile nichts wesentlich Neues gibt.

Jacoby u. *Cohn:* **Meningokokken- oder Gonokokkensepsis?** D. m. W. 1927. Nr. 8.

34jähriger Patient mit Urethritis go., schmerzloser Schwellung des Handgelenkes zeigt seit mehreren Monaten bei wenig gestörtem Allgemeinbefinden eine Fieberkurve, welche eine gewisse Ähnlichkeit mit dem Bild einer Malaria tertiana aufweist. Makulöses Exanthem der Extremitäten, Gonokokken im Blut und Fluor positiv, Parasiten negativ, Chinin, Salizyl, Salvarsan und Urotropin ohne Erfolg. Acht Tage nach einer intramuskulären Injektion von 50 ccm Meningokokkenserum (Höchst) bleibt das Fieber dauernd fort, so daß der Patient als geheilt entlassen werden kann. Nachuntersuchungen bestätigten die Heilung. Wegen der positiven Gonokokkenbefunde ist die Annahme einer gonorrhöischen Allgemeininfektion näherliegend als die auf die lange Krankheitsdauer und das gute Allgemeinbefinden sich gründende Diagnose Lentaform der Meningokokkensepsis. Der therapeutische Effekt des Meningokokkenserums spricht für die Theorie der biologischen Verwandtschaft der genannten Bakterienarten.

O. Dittrich-Kiel.

Tod: **Gonorrhoeal Vulvo-Vaginitis in children. (Gonorrhöische Vulvo-Vaginitis der Kinder.)** The B. j. o. v. dis. 1927. 2.

Während fünf Jahren wurden im *Bruntsfield*-Hospital 70 Kinder unter 12 Jahren behandelt. Drei dieser Kinder wurden durch Notzucht infiziert.

Digitized by Google

Im übrigen war die Ansteckungsquelle meistens die kranke Mutter (33 mal), der Vater 2mal. Behandelt wurde durch feines Glasspekulum (oft unter lokaler, kutaner Betäubung) mit 10%iger Protargolbetupfung, später Aziflavinpessar. Daneben heiße Sitzbäder. Geheilt wurde so etwas weniger als die Hälfte der Kinder durchschnittlich in 2 Monaten Krankenhausbehandlung. Komplikationen selten. *Siegfried*-Aachen.

W. Wlassow: **Zur Frage der Heilbarkeit der Gonorrhöe bei Kindern im frühen Alter.** Sammlung verschiedener Arbeiten zum Gedächtnis an Prof. *Fedrasky*. Moskau 1927.

Nach den Beobachtungen des Verf. am Säuglingsheim Nr. 2 zu Moskau ist die Vulvovaginitis gon. bei Kindern im 1.—3. Lebensjahr in bezug auf Metastasen günstig, da es sich in allen 38 Fällen nur um eine Erkrankung der Vulva und Vagina, aber keinmal um einen Übergang der Gonokokken in die Urethra und das Rektum handelte; aber in bezug auf Dauerheilung waren die Resultate weniger günstig, da es in 13 Fällen zu Rezidiven kam. *A. Jordan.*

H. Hecht-Prag: **Urethritis abacterica infectiosa.** Derm. Wo. 1927. Bd. 84. Nr. 4.

Bei 3 Patienten konnte eine nach kurzer Inkubation auftretende, unter stürmischen Symptomen verlaufende Urethritis festgestellt werden. Die mehrfache mikroskopische Untersuchung des Sekretes ergab niemals das Vorhandensein von Mikroorganismen, dagegen waren reichlich Leukozyten in ihm enthalten. In einem Falle war die Übertragung durch das Tragen derselben Hose zustande gekommen und im anderen Falle konnten dieselben Symptome auch bei der Ehefrau festgestellt werden. Unter interner Behandlung klangen allmählich die Erscheinungen ab. *Krüger*-Sagan.

Lapschin: **Die chronische Bartholinitis.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 8.

Unter 596 tripperverdächtigen Frauen der Arbeiterbevölkerung wurde in 169 Fällen eine chronische Bartholinitis konstatiert (29,6%), welche 91mal doppelseitig, 46mal rechtsseitig und 32mal linksseitig war. In 69% ließen sich Gonokokken nachweisen. Bei der Abneigung der Kranken gegenüber chirurgischer Behandlung war dieselbe eine palliative: Bäder, Massage, welche freilich nur in nicht veralteten Fällen zur Resorption führte. *A. Jordan.*

Lloyd: **Sub-calcanean spurs in Gonorrhoea. (Dornbildung unter dem Kalkaneus bei Gonorrhöe.)** The B. j. o. v. dis. 1927. 2.

Während es noch aussteht, ob nur Gonorrhöe zu obiger Spornbildung führt, bringt Verf. hier vier neue Fälle, alle mit alter rezidivierender Gonorrhöe, die sich teils über viele Jahre erstreckt und bei denen Prostata bzw. Samenblase oder beide chronisch erkrankt waren. Dabei ergab sich, daß bei Exazerbation der Gonorrhöe auch Spornbeschwerden zunahmen. Heilung operativ. 41 Literaturen. 13 sehr schöne Röntgenbilder. *Siegfried*-Aachen.

Winfield Scott Pugh: **Stricture of Female Urethra. (Strikturen der weiblichen Harnröhre.)** New York, Journ. Am. med. Ass. 1926. Nr. 22.

Von 86 beobachteten Strikturfällen saßen 52 am vorderen Meatus, 24 im vorderen, 3 im mittleren und 7 im hinteren Drittel der weiblichen

Digitized by Google

Urethra. Als ätiologisches Moment kommt meist eine alte gonorrhoische Entzündung in Frage, doch sind des öfteren auch Geburtsverletzungen und Verätzungen bzw. Verbrennungen durch Spülungen in Betracht zu ziehen. Die weichen Strikturen verschwinden oft nach kurzer Zeit durch regelmäßig durchgeführte langsame Dehnungen. Die harten Strikturen dagegen verlangen meistens operative Eingriffe. *Röntz*-Bonn.

W. Leipold: **Zur Bewertung der Scheidensekretreaktion bei der Feststellung des Trippers und seiner Heilung.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 1.

Auf Grund von 352 Einzeluntersuchungen unter genauer Beobachtung der *Danin*schen Vorschrift an 160 Kranken (111 Tripper- und 49 Kontrollfällen) kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

Die Scheidensekretreaktion wurde in den meisten Fällen von Zervixgonorrhöe schwach sauer, neutral und alkalisch befunden. In 16,7% der Fälle war aber die Reaktion ausgesprochen sauer. Der Ausfall der Reaktionsprüfung des Scheidensekrets ist demnach weder für die Erkennung des Trippers, noch zur polizeiärztlichen Dirnenuntersuchung zu verwerten. Ein für sich bestehender Harnröhrentripper braucht die Scheidensekretreaktion nicht zu beeinflussen.

Eine Gonotestuntersuchung ist nur für die Fälle von Zervixgonorrhöe geeignet, die eine schwach saure, alkalische oder neutrale Reaktion zeigen. In diesen Fällen zeigt ein Umschlagen nach der sauren Seite das Verschwinden der Gonokokken aus dem Zervikalsekret an, was aber nicht gleichbedeutend mit Heilung ist. *Weinstock*-Charlottenburg.

O. Dersild: **Neue Methode zur Besichtigung der Rektalschleimhaut bei Frauen.** Ann. de Derm. et de Syph. 1926. Nr. 11.

Verf. empfiehlt, um sich mit Rücksicht auf die Bakterienflora von den bakteriologischen Untersuchungen auf Gonokokken unabhängig zu machen, Inspektion der Rektalschleimhaut, die er durch ein oder zwei in die Scheide eingeführte und gegen die Ampulle des Rektum vorgedrückte Finger im Anus sichtbar macht. Auf diese Weise soll die Inspektion bei 60—70% der erwachsenen Frauen leicht gelingen. *E. Zurhelle*-Bonn.

M. W. E. Walther-New Orleans: **Gonorrhöe des unteren weiblichen Urogenitalapparates.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. Nr. 9.

Die Gonorrhöe der Frau ist heilbar. Das beste Heilverfahren bei der Bartholinitis, Skenitis und Endozervizitis ist die Wärmebehandlung in Gestalt der Diathermie. *Pürckhauer*-Dresden.

F. Flarer: **Beitrag zur Kenntnis der akuten entzündlichen, nicht gonorrhöischen Prozesse des Hodens.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 657.

Drei Fälle zur Kasuistik der verschiedenartigen, nicht gonorrhöischen Entzündungen des Hodens. Der erste Fall wurde offenbar durch Staphylokokken hervorgerufen. Beim zweiten Falle wurde das Bacterium coli als Erreger gefunden; Fälle von Orchitis durch Kolibazillen sind in der Literatur etwas zahlreicher und von charakteristischerer Physiognomie als die durch Staphylokokken bedingten. Typisch ist der sehr akute Beginn mit Fieber und Allgemeinstörungen, die fast immer monolaterale Form, von der der vorliegende Fall sich allerdings durch das doppelseitige Befallensein unterscheidet. Bei derartigen Fällen ist die Vakzinebehandlung

Digitized by Google

offenbar wirksam, sei es, daß man eine Kolistammvakzine, sei es, daß man eine Autovakzine verwendet. Natürlich wirkt die Vakzine nicht gegen die bei diesen Formen gleichzeitig bestehende Bakteriurie, welche oft sehr schwer zu beseitigen ist. Der dritte Fall wurde durch den Streptococcus mucosus verursacht. Es handelt sich also um eine sehr seltene Ätiologie, die bei der Schwierigkeit des bakteriologischen Nachweises nur sehr selten zu bestimmen ist. Die Erkrankung begann in akuter Weise mit Schwellung des rechten Hodens und war von Fieber begleitet, welches wenige Tage anhielt. Die Krankheit ging mit vorübergehenden Besserungen und Verschlechterungen einher und konnte schließlich nur auf operativem Wege geheilt werden. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

P. Koshewnikow: **Über den Einfluß der Ehe, des Alters und der Beschäftigung auf die Häufigkeit der gonorrhöischen Epididymitis.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 2.

In der Zeit von 1924—1926 sah Verf. ambulatorisch 155 Fälle von akuter Epididymitis gonorrh., davon 77 rechtsseitige, 51 linksseitige und 27 doppelseitige; ferner 7 Fälle von chronischer Epididymitis. Es erwies sich, daß an dieser Komplikation besonders häufig erkranken Personen im Alter bis zu 20 Jahren, ferner Verheiratete und endlich Leute mit einer mit viel Bewegung verbundenen Beschäftigung. *A. Jordan.*

Fuss: **Urogene Enterokokkensepsis.** M. K. 1927. 7.

Der Enterococcus oder Streptococcus faecalis gilt in Deutschland im Gegensatz zum Ausland noch immer als harmloser Saprophyt, sehr mit Unrecht. Eine nähere Durchforschung der einschlägigen Fälle würde die bisherige Einschätzung bald auch bei uns zu einer anderen machen. Obiger Kokkus kann sogar recht gefährlich werden, wie die genaue beigegebene Krankengeschichte mit Exitus letalis zu beweisen scheint. Infolge gonorrhoischer alter Harnröhrenstrikturen Zystitis und Pyelitis mit Beteiligung unseres Kokkus. Er wurde auch in der Dammwunde festgestellt, die zur operativen Freilegung der Urethra angelegt wurde. Schon vorher aber litt Kranker immer wieder an Fiebersteigerungen, die unserem Kokkus zur Last zu legen sind, denn die Autopsie ergab entsprechende Sepsis in allen inneren Organen. Therapie versagte völlig (Trypaflavin, Autovakzine). Schon zu Lebzeiten und auch post mortem gelang der Nachweis des Kokkus im Blut und das Serum des Kranken agglutinierte den aus Blut gezüchteten Enterokokkenstamm bis 1 : 10000. *Siegfried*-Aachen.

Bulkin: **Ein Fall von Ceratosis blenorrhagica.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Nr. 2.

In dem beschriebenen Fall entwickelten sich schmerzlose Keratosen auf der Haut der Brust, des Rückens, der Innenfläche der Oberschenkel und der Eichel bei einem Patienten mit Tripper, kompliziert durch Polyarthritis und Epididymitis. *A. Jordan.*

Urologie.

Saynisch u. *Goergen*-Trier: **Ein Fall von Diphtherie der Harnröhre.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 9.

Bisher in der Literatur nicht beschriebener Sitz der Diphtherie. Mikroskopisch wie kulturell Diphtheriebazillen nachgewiesen. Rasche Ab-

Digitized by Google

heilung — nach 2½monatigem Bestehen — unter 2mal Neosalvarsen zu 0,45, sowie 2mal 3000 E. Diphtherieserum im Abstand von 8 Tagen. *Pürckhauer*-Dresden.

O. Wiedhopf-Marburg: **Strikturierende Tuberkulose der weiblichen Harnröhre unter dem klinischen Bilde eines urethralen Polypen.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. Nr. 5.

Kasuistischer Beitrag zu diesem äußerst seltenen Sitz der Tuberkulose. *Pürckhauer*-Dresden.

D. Oläh-Debreczen: **Über einen neuen Kunstgriff zur Katheterisierung von Kranken mit Prostatahypertrophie.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. Nr. 8.

Dem stehenden Patienten wird der Katheter bis zur Prostata eingeführt, dann — wohl durch einen Assistenten — durch das Rektum stark auf den oberen Prostatarand gedrückt, wonach der Katheter mit sanftem Druck in die Blase gleitet. *Pürckhauer*-Dresden.

T. Yokohata-Berlin: **Über hämatogene Tuberkulose des Penis und über Arteriitis tuberculosa.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 6.

Der mitgeteilte Krankheitsfall ist insofern von Bedeutung, als er erstens eine rein hämatogen entstandene Arteriitis productiva tuberculosa zeigt, und zweitens an Hand dieser Gefäßveränderungen einen Beweis für die hämatogene Natur der seltenen, bisher erst dreimal beobachteten tiefen Form der Penistuberkulose, die Pericavernitis tuberculosa abgibt. *Pürckhauer*-Dresden.

Gonorrhoe.

Therapie.

W. v. Brunn-Rostock: **Von Katheter und Bougie bis zur Wende des 19. Jahrhunderts.** Derm. Woch. 1927. Bd. 84. Nr. 3.

Miktionsbeschwerden wurden im Altertum stets auf Steine oder Karunkeln am Schließmuskel zurückgeführt, der Begriff der Striktur und der Prostatahypertrophie war unbekannt bis zum 19. Jahrhundert. Die früheste Kunde vom Katheter stammt aus den Hippokratischen Schriften. Bougies haben dann die Inder zuerst eingeführt und bereits die systematische Bougiekur durchgeführt. Diese Kenntnis ist dann lange Zeit in Vergessenheit geraten, erst als durch die Gewinnung von Kautschuk eine technische Verbesserung der Instrumente erzielt wurde, gelang es auch, die Untersuchungsmethoden und die Erfolge der Behandlung weiter auszubauen. *Krüger*-Sagan.

Gluckman: **The treatment of gonorrhoeal infections by Diathermy. (Behandlung gonorrhöischer Infektionen mit Diathermie.)** The B. j. o. v. dis. 1926. 7.

Verf. hat obiges Heilverfahren bei allen gonorrhöischen männlichen und weiblichen Komplikationen angewandt mit genauen Temperaturmessungen an den einzelnen Stellen der angewandten Hitzkatheter nach thermoelektrischem Meßverfahren. Die verschiedenen Apparaturen, das Meßverfahren, die ganze Technik überhaupt ist bis ins Kleinste beschrieben. Er hat teils mit hohen Temperaturen, manchmal sogar in Narkose, gearbeitet bei kürzerer und längerer Zeitdauer, wie auch desgleichen mit

Digitized by Google

niederen Hitzegraden. Bezüglich seiner Schlußfolgerungen ist Verf. sehr vorsichtig. Daß Gonokokken im lebenden Gewebe direkt abgetötet würden, bezweifelt er, eher sei z. B. bei Arthritis der gute Effekt auf sekundäre, reichlichere Blutdurchströmung mit Endotoxinen zurückzuführen; auch muß man vorsichtig sein mit Schlüssen, wenn mal Gonokokken nachher zu verschwinden scheinen, wie aus Zervix. Nur einmal hat er nach einer einzigen Sitzung bei akuter Anterior 27 Stunden nach Eiterauftritt Heilung erreicht, was immerhin etwas ermutigend wirke bezüglich Technikverbesserung, zumal ja auch alle bisherigen Verfahren nur zu weit von einem Ideal entfernt seien. Dazu Abbildungen der Instrumente und Hitzetabellen, deren eine bis 44,2 C. steigt. *Siegfried*-Aachen.

A. Rosenheim-Mannheim: **Über die Sterilisation und die sterile Aufbewahrung von Seidenbougies und Seidenkatheter.** Derm. Woch. 1927. Bd. 84. Nr. 23.

Verf. hatte schon vor einiger Zeit einen Glastubus angegeben, der für die Aufbewahrung von Ureterenkatheter gedacht war. Das Prinzip besteht darin, daß in einem Nebenrohr Calcium chloratum cryst. eingebracht wird. Dadurch werden die Katheter neben der Desinfektion durch die Formalindämpfe gleichzeitig durch das Calcium chloratum getrocknet. Die „Agema" Berlin stellt jetzt auch auf Veranlassung des Verf. einen kürzeren und weiteren Tubus für gewöhnliche Katheter her. Diese Aufbewahrung hat den Vorteil, daß der Arzt stets gebrauchsfertige sterile Katheter zur Hand hat. *Krüger*-Sagan.

Greibo: **Die Behandlung der gonorrhöischen Vulvovaginitis bei Kindern mit dem Besredkaschen Filtrat einer Gonokokkenbazillenkultur.** Venerologia und Dermatologia. 1927. Nr. 8.

Versuche mit dem *Besredka*schen Filtrat, teils allein, teils unter Zusatz von 30%iger Na.-benzoic.-Lösung nach *Priton* vernichteten nach Verf. die Gonokokken nicht dauernd. *A. Jordan.*

Blaschko u. *Trausel:* **Neargon als Antigonorrhoikum bei Kindern.** M. K. 1927. 3.

Die Gonorrhöe kleiner Mädchen ist bislang wegen der fast regelmäßigen Einbeziehung von Urethra, Rektum, Vagina, der empfänglichen zarten Schleimhäute, der Behandlungsschwierigkeiten kleiner Kinder eine gefürchtete Crux medicorum. Verff. empfehlen als absolut reiz- und schmerzlos in Scheide 3mal pro die 5%ige Neoreargonlösung mittels Tripperspritze mit weichem Kopf, hinterher fabrikmäßig hergestellte Neoreargonstäbchen. Gleiche Einspritzungen in Urethra. Ins Rektum entsprechendes Suppositorium. Innerlich Urotropin. Neoreargon beschmutzt Wäsche! Bettruhe erwünscht! Nach Verschwinden der Gonokokken im Abstrich noch 3—4 Wochen fortfahren mit gleicher Behandlung. Heilung etwa nach 8 Wochen laut Krankengeschichten. *Siegfried*-Aachen.

Bender: **Ambulante Behandlung von Vulvovaginitis gonorrhoica infantum.** M. K. 1927. 41.

Empfehlung der Globuli vaginales „Homefa" (Karl Horn & Co. A.-G., Frankfurt a. M.). Globuli mit Arg. proteinicum nach vorheriger Spülung am besten mit Sol. acykali 1 : 10000. Die Globuli treiben durch Vergasung Medikament in fernste Winkel, so daß bei Schmerzauftritt an krankhafte

Digitized by Google

Verlegung der weiblichen Duktus zu denken ist, was sich schon in zwei Fällen ergab. Möglicherweise also diagnostisches Unterstützungsmittel. Weiter ergeht sich Verf. des weiteren in allerlei Spekulationen, die von intuitivem Denken zeugen. Sie nimmt z. B. die Möglichkeit an, daß die Gonokokken nach Art von Paramäzium oder von Kolpidien beim Angriff sich ihrer schützenden, das Gift auffangenden Decken (Tekten) entkleiden, also quasi aus ihrer Haut schlüpfen und sich so, da dann unfärbbar, dem Nachweis entziehen. Das soll die so häufigen Rückfälle nach angeblicher Heilung erklären. Da in diesem Zustand bie Gonokokken die Widerstandsfähigkeit von Tuberkelbazillen möglicherweise haben, hat Verf. den Globulis Acid. lacticum hinzufügen lassen und will so bei Trippernachkuren selten Rückfälle gesehen haben. Auch Höhensonne soll auf die ihrer Tekten entkleideten Gonokokken bakterizid wirken durch Bildung von Provitamin aus dem reichlich im Trippereiter vorhandenen Cholesterin. Innerlich wird Arg. prot. 0,1 g 6—10mal pro die empfohlen. Zum Schluß Hinweis auf das die Nieren passierende Silberpräparat „Adsorgan" (Chem. Fabr. v. Heyden), das vielleicht berufen ist, neue Wege in Gonorrhöebehandlung zu eröffnen. *Siegfried*-Aachen.

Oppenheim: **Erfahrungen mit einem neuen Scheidenantiseptikum.** M. K. 1927. 33.

Gyneklorina der Firma Heyden in Tablettenform zu je 0,5 g. Hauptbestandteil Chloramin-Heyden. Spülen mit warmer Lösung von 2 Tabletten auf ½ l Wasser, was 1 % ige Reinchloraminlösung ergibt. Das vollkommen ungiftige und reizlose Mittel soll desinfizierend, fäulniswidrig und geruchskorrigierend wirken bei chronischem Fluor ebenso wie bei stark riechenden Ausflüssen puerperaler und gonorrhöischer Provenienz. Bei akuten Entzündungen soll man aber nur eine Tablette auf ½ l Wasser nehmen. Gyneklorina kann Kranken in die Hand gegeben werden zur häuslichen Anwendung. *Siegfried*-Aachen.

A. Loeser-Berlin: **Behandlung der chronischen weiblichen Gonorrhöe mit Frischvakzine und Lebendvakzine.** (Berliner urolog. Gesellschaft.) Ztschr. f. Urologie. Bd. 20. Nr. 10.

Lokale Behandlung hat keinen Erfolg bei der chronischen weiblichen Gonorrhöe, ebensowenig die üblichen Handelsvakzinen. Nur *Frischvakzine*, die nicht älter als 8 Wochen sein dürfen, sind geeignet zu einer erfolgreichen Therapie. Refraktäre Fälle müssen mit *Lebendvakzine* behandelt werden (subkutane Quaddeln), worunter oft schnellste Ausheilung, mitunter nach nur einer Injektion. *Pürckhauer*-Dresden.

E. Friedrich Immel: **Zur Behandlung der Zervikalgonorrhöe mit Heißluft.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 6.

Mit der Heißluftbehandlung der Zervix ist man lediglich imstande, eine lokale Hyperämie zu erzeugen, die jedoch ohne wesentlichen Einfluß auf den gonorrhöischen Entzündungsprozeß ist. Die Heilung der Zervikalgonorrhöe erfolgt unter Heißluftbehandlung in Kombination mit der üblichen Therapie nicht schneller als mit letzterer allein; die Heißluftbehandlung scheint sogar das Auftreten einer Adnexitis zu begünstigen. Es ist daher nicht anzunehmen, daß eine definitive Heilung der Zervikalgonorrhöe allein durch die Heißluftbehandlung mit dem Fönapparat zu erzielen ist. *Weinstock*-Charlottenburg.

Digitized by Google

Burckhard: **Geburtshilfliche und gynäkologische Therapie mit Einschluß der Heilmittel.** M. K. 1927. 18.

Den Dermatologen interessiert bei Akne vulgaris die Empfehlung von Ovoglandol: täglich oder jeden zweiten Tag intravenös resp. -muskulär eine Ampulle, weiter Fermozyltabletten: 3mal täglich ½ Teelöffel voll trocken oder aufgeweicht eine Stunde vor Mahlzeiten. Akne soll in spätestens 3 Wochen zurückgehen, Rezidive äußerst selten sein.

Siegfried-Aachen.

Cohn: **Über Fluorbehandlung.** M. K. 1927. 21.

Ormizettentabletten der Firma A. Mendel, Chemische Fabrik, Berlin-Schöneberg, A.-G., haben sich dem Verf. sehr bewährt beim Fl. albus verschiedenster Provenienz. Das Mittel scheidet in Vagina ameisensaures Aluminium aus, das desinfizierend, adstringierend und durch seine Säuren umstimmend auf Scheidenschleimhaut wirken soll; dann soll durch Eiweiß ausfällende Alkalisalze auch Nährboden für pathogene Mikroorganismen verdorben werden, und Gasentwicklung gewährleistet innigen Kontakt des Mittels mit Schleimhaut. Liegen sonst keine erkennbaren lokalen oder konstitutionellen Ursachen des Fl. albus vor, dann täglich Spülungen machen lassen mit 1—2 Tabletten in 1 Liter lauwarmen Wassers, bei Versagern Tabletten direkt einführen alle 2 Tage. Lokaler Reiz nicht auftretend. Mittel ust ungiftig, unschädlich, geruch- und farblos und greift auch Wäsche nicht an. Bei fast allen Fällen angeblich befriedigendes id est Heilungsresultat. *Siegfried*-Aachen.

Hartog: **Behandlung des Scheidenausflusses mit Ungt. argent. nitr.** M. K. 1927. 20.

Ergibt digitale Untersuchung der Scheide Körnelung, dann mit der bekannten Silberperusalbe bestrichene Tampons in Scheide einführen und 24 Stunden liegen lassen. Wiederholung in 3 Tagen. Keine Spülungen.

Siegfried-Aachen.

Baer: **Behandlung entzündlicher Adnextumoren.** M. K. 1927. 20.

Die unspezifische Reiztherapie hat bei obigen Leiden keinen wesentlichen Vorteil gebracht. Gonorrhöische Adnextumoren wurden mit bestem Erfolg außer mit Gonokokken- auch mit Streptokokken-, Staphylokokken- und Kolivakzine behandelt, da fast immer Mischinfektionen vorliegen. Lokal wurde Urethra, Zervix und sogar Uterus behandelt mit 10—20%iger Targesinlösung. Lösung nur tropfenweise in Uterus durch Ureterenkatheter einlaufen lassen. Patientinnen sollen diesen immerhin groben Eingriff anstandslos vertragen. *Siegfried*-Aachen.

J. Vonkennel: **Forcierte intravenöse Kalziumbehandlung der Adnexitis gonorrhoica.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 45.

An Hand von 60 Fällen von akuten gonorrhöischen Adnexerkrankungen legt der Verf. den günstigen Einfluß des Afenils auf den Ablauf des Prozesses dar. Die mit der üblichen antiphlogistischen Behandlung kombinierte intravenöse, täglich verabfolgte Kalziuminjektion drückt die Dauer des akuten und subakuten Stadiums auf 8—12 Tage herab. Eine akut einsetzende Adnexitis kann häufig mittels sofort 2mal täglich applizierter Kalziuminjektionen innerhalb von 2—3 Tagen kupiert werden.

Digitized by Google

Auch die mit der Adnexitis einhergehenden Metropathien wurden günstig beeinflußt. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet.

Weinstock-Charlottenburg.

Helmuth Fieser: **Zur Heißluftbehandlung der weiblichen Gonorrhöe.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 3.

Verf. berichtet über außerordentlich günstige Erfahrungen mit der Fönbehandlung der Zervixgonorrhöe. Die Erfolge sind nicht nur auf die Hitzewirkung, sondern auch auf die austrocknende Wirkung der heißen Luft und damit auf eine Verschlechterung des Nährbodens zurückzuführen. Die Fönbehandlung wird einmal täglich im Anschluß an die Lokalbehandlung (20% Protargolstäbchen) vorgenommen. Der Fönapparat wird unmittelbar an die äußere Öffnung des Spekulums aufgesetzt und heiße Luft so lange eingeblasen, bis die Kranke ein unangenehmes Hitzegefühl verspürt; nach geringer Unterbrechung dreimalige Wiederholung dieser Prozedur. Sowohl bei akuten, subchronischen und chronischen Gonorrhöen war innerhalb weniger Wochen selbst nach Provokation mit Gonoyatren der Zervikalschleim gonokokkenfrei.

Weinstock-Charlottenburg.

Walther Schmidt: **Zur Therapie des vaginalen Fluors.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 1.

80 Frauen mit vaginalem Fluor wurden mit dem Präparat Vagintus behandelt. Es gelang fast stets, schon nach 1—3maliger Behandlung die Sekretion der Scheide bedeutend zu verringern und das „lästige Ausflußgefühl" zu beseitigen. Weniger günstig waren die Dauerresultate; immerhin wurde bei einer Beobachtungszeit bis zu einem Jahre eine dauernde Heilung oder Besserung in 41,2%, eine Heilung oder Besserung von mehreren Monaten in 13,7% erzielt. In 21,2% konnte eine längere Zeit anhaltende Besserung nicht erzielt werden. Die Beobachtungen ermutigen dazu, das Präparat Vagintus weiter bei der Therapie des vaginalen Fluors anzuwenden, aber die Behandlung häufiger zu wiederholen, etwa 4—5malige Lokalbehandlung im Abstande von 8 Tagen bis 3 Wochen.

Weinstock-Charlottenburg.

O. Silzer: **Afeniltherapie bei Entzündungen der weiblichen Genitalorgane.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 41.

Injektionen von 10 ccm Afenil intravenös jeden 2. Tag bis zu einer Gesamtzahl von 9 Injektionen beschleunigten bei Entzündung der weiblichen Sexualorgane des Beckens die Heilung, so daß es möglich war, auch nicht ganz ausgeheilte Fälle früher der Operation zuzuführen. Gleichzeitig regelt das Afenil die bei Beckenentzündungen so häufig gestörten Menses und vermindert ihre Stärke.

Weinstock-Charlottenburg.

H. Thalmann-München: **Die Granugenolbehandlung der gonorrhöischen Erosionen der Portio.** Derm. Wo. 1927. Bd. 84. Nr. 10.

Bei stärkeren Erosionen der Portio besteht die Unmöglichkeit, in die Zervix zur Gonorrhöebehandlung Stäbchen einzuführen. Die Ätzung mit Höllenstein ergab nur mäßige Resultate, dagegen hat sich die Behandlung mit Granugenol (*Knoll*) gut bewährt. Es wurde ein damit getränkter Wattetampon eingelegt, der über Nacht liegen bleibt. Schon

Digitized by Google

nach einigen Tagen schwanden die entzündlichen Erscheinungen, die schlaffen Granulationen wurden straffer und die Überhäutung beginnt. Meist gelang es nach 6—7 Tagen wieder mit der Gonorrhöebehandlung zu beginnen. Die endgültige Heildauer betrug meist 14—15 Tage.

Krüger-Sagan.

Lorenz: **Die Verwendung von Gyneklorina zu vaginalen Spülungen.** M. K. 1927. 9.

Von 149 Patientinnen mit nicht gonorrhöischem Weißfluß, die täglich morgens und abends eine Scheidenspülung mit Gyneklorina machten (eine Tablette in 250 Wasser), wurden 110 in 8—10 Tagen anscheinend ausflußfrei, 36 wesentlich gebessert. Die drei letzten Kranken, die vorläufig nicht gebessert wurden, zeigten an Portio Erosionen und Ausfluß aus Orifizium. Als bei diesen unter gelindem Druck Uterusspülungen mit ¼ %iger Lösung gemacht wurden, war auch deren Uterusausfluß nach 8 Tagen geheilt. Da Gyneklorina parfümiert riecht, keine Flecke in Wäsche macht, auch intern genommen (bis zu 3 Tabletten, wie Verf. an sich ausprobierte) unschuldig zu sein scheint, ist es dringend zu empfehlen und kann auch den Kranken in die Hände gegeben werden.

Siegfried-Aachen.

Guttmann: **Selbsthaltende Scheidenspekula.** M. K. 1927. 27.

Auf die Kritik *Kritzler-Kochs* hin in M. K. 1927. 4 hat Verf. sein selbsthaltendes Scheidenspekulum nunmehr so geändert, daß das Instrument sich nicht mehr durch Schleimhautspannung hält, sondern nur durch Anlegung der ganzen Fläche seiner Spangenbiegung an die hintere Fläche der absteigenden Schambeinäste. Es soll nunmehr wirklich völlig schmerzlos sich in der Scheide halten. *Siegfried*-Aachen.

Harrison: **The routine management of Syphilis and Gonorrhoea employed in the St. Thomas's hospital venereal diseases department. (Die gewöhnliche Behandlung der Syphilis und Gonorrhöe, wie sie in der Geschlechtskrankheitenabteilung des St. Thomas-Hospitals zur Anwendung kommt.)** The B. j. o. v. dis. 1926. 5.

Im allgemeinen bekannte Dinge. Vor jeder Neoinjektion trinkt Kranker alkalische Glukoselösung, um Leberzellen mit Glykogen zu füllen, so daß sie weniger Affinität zum Arsenobenzol zigen, dazu 2 Stunden Nahrungsenthaltung vorher. Bei Herzfehlern und vaso-dilatorischen Symptomen Sulfarsenol nur subkutan. Vasomotorische Störungen werden bekämpft durch Adrenalin subkutan, zerebrale Symptome mit Krämpfen durch Lumbalpunktion und Adrenalininjektion. Erytheme sollen auf alkalische Glukoselösung ansprechen. Bei Dermatitis exfoliativa wird außer auf Natriumthiosulfat großer Wert auf Ernährung gelegt, da gleicherweise auch Verdauungsorgane angegriffen sein sollen (Leberthran). Gleiche Behandlung bei Gelbsucht. Weibliche Gonorrhöe nichts Neues. Bei kindlicher Vulvovaginitis wird Vagina mit Lufturethroskop nach Austrocknung unter Augenkontrolle aufgeblasen und Schleimhaut mit Merkurochrom in 25 %iger Lösung bepinselt. *Siegfried*-Aachen.

The diagnosis and treatment of Urethritis and Cervicitis in the female. (Diagnose und Behandlung der Urethritis und Zervizitis bei Frauen.) The B. j. o. v. dis. 1926. 6. 1. *Logan*, 2. *Russell*, 3. Diskussion zu beiden Vorträgen.

Digitized by Google

1. *Logan:* Behandelt an gegebenen Fällen die Schwierigkeiten, denen auch der gewissenhafteste Arzt immer wirder begegnet, wenn es sich darum handelt, Heilung der weiblichen Gonorrhöe zu gewährleisten. Als antigonorrhoische Lösung empfiehlt Verf. als am wirksamsten 10%ige Protargollösung nur in Glyzerin. Bei Vakzinebehandlung wird Reaktion vermieden. Behandlung der einzelnen Organe angegeben. Alles in allem kommt die Arbeit auf einen großen Pessimismus heraus, so daß Verf. am Schluß selbst 7 Fragen stellt bezüglich Diagnose, Behandlung, Prognose, Heilung, Wert der Komplementbindung, Klima- und Temperatureinflüsse usw. *Siegfried*-Aachen.

2. *Russell:* Auch dieser Beitrag plaudert mehr über allerlei sonderbare Erfahrungen bei „geheilten" weiblichen Gonorrhöikern, demnach kommen „Gonokokkenträger" gar nicht so selten vor nach Analogie der Typhusträger. Er unterscheidet allerlei weibliche Gonorrhöeformen im Zusammenhang mit verschiedenen Gesellschaftsklassen, ohne daß dadurch für die Therapie viel gewonnen zu sein scheint. Großen Wert legt Verf. der Diät und Lebensführung bei quoad-Heilung, für sehr verderblich und krankheitsverlängernd hält er Überhitzung durch Umwelt (Köchinnen). Auch er hält 10%ige Protargol-Glyzerinlösung für das beste Antigonorrhoikum, mit der alle Duktus und Nebenduktus und Kanäle sorglich ausgewischt resp. ausgespült werden sollen. Therapeutisch sonst nichts Neues. *Siegfried*-Aachen.

Harrison: **Gonorrhoea.** The B. j. o. v. dis. 1927. 1.

Verf. beschäftigt sich mit dem Weh und Ach des heutigen Standes der Gonorrhöediagnostik, zumal bei Frauen, der ja allen Praktikern nur zu geläufig ist. Nur zu oft kommen sonst völlig symptomlos erscheinende Gonokokkenträgerinnen vor. Besser als „gramnegative Diplokokken den Gonokokken gleichend" ist Kulturverfahren, das aber auch versagen kann. Komplementfixation nicht zu umgehen, da oft versteckte Herde durch sie noch verraten werden. Auch vom Urethoskop soll man reichlicheren Gebrauch machen. Interessant ist, daß man Gonokokken in gute und schlechte Immunisierungsstämme teilen kann, wie in einem großen Militärhospital jetzt herausgefunden wurde (siehe folgenden Beitrag von *Lambkin*. Ref.), und zwar betreffen die guten ein Drittel der Stämme. Und von diesen soll eine Fraktion isoliert werden können, die, ohne toxisch zu sein, nur als Antigen wirkt. Therapeutisch bricht Verf. eine Lanze für Diathermie, die bei verbesserter Technik sicher noch Zukunft habe. *Siegfried*-Aachen.

Lambkin: **A preliminary note on the employment of certain constituents of the Gonococcus in treatment and of other constituents in tests of cure. (Vorläufige Mitteilung über die Verwendung gewisser Bestandteile der Gonokokken bei der Behandlung und weitere Mitteilungen über andere Bestandteile, die zum Nachweis einer Heilung dienen.)** The B. j. o. v. dis. 1927. 1.

Verf. zeigt hier einen neuen Weg, der vielleicht sich gangbar erweist und als Ziel die völlige Umstellung unserer heutigen, recht unzugänglichen Gonorrhöetherapie und -diagnose ergeben könnte. Die neuen Versuche sind 3 Jahre lang im Militärhospital in Woolwich durchgeführt, und sie haben zur Grundlage den Chemismus und die Biologie des Gonokokkus.

Digitized by Google

Wenn man Gonokokkenkulturen auf einem Medium zieht, das reich an tierischem Nukleoprotein ist, dann etwickelt etwa ein Drittel aller Stämme Polarkörperchen, die ihrerseits aus α-Nukleoprotein und β-Nukleohistonen bestehen. Diese beiden Körper haben antigene, immunisierende Eigenschaft und sind demnach ungiftig. Zu Heilzwecken wurden nun beide Körper in 2%iger Kochsalzlösung sowohl intradermal wie auch in Harnröhre selbst eingespritzt. Dabei ist Bedingung, daß Urin sich in bestimmten Säuregrenzen hält, weil bei zu großem Säuregehalt die Gonokokken äußerst resistente Vierzahlenanordnung annehmen, andererseits bei zu alkalischem Gehalt zu starke Autolyse sich bemerkbar macht mit irritierendem Freiwerden von Endotoxinen. Urin muß also täglich auf Säuregehalt titriert werden. Versuchserfolge sollen sehr befriedigend sein. Zum Nachweis einer Heilung bediente Verf. sich der Stämme, die keine Polkörperchen abwarfen, was bei zwei Drittel der Gonokokkenstämme der Fall war. Hier wurde eine entsprechende Aufschwemmung in die vermeintlich geheilte Harnröhre gespritzt, was gelegentlich gonorrhöisches Rezidiv zur Folge hatte, andernfalls bestand demnach Heilung. Technik, Kulturverfahren mit Angabe der verschiedenen Medien und sonstige viele Einzelheiten und Theorien müssen nachgelesen werden. Dazu 8 Seiten Tabellen.

Siegfried-Aachen.

Diskussion zu obigem Vortrag: Hier besonders wichtig *Pedroso* mit seinen Versuchen, nachzuweisen, daß Exazerbation der Gonokokken veranlaßt werde durch CO_2-Anhäufung im Blut und wahrscheinlich nur von dieser abhänge. Im Schlußwort gibt dann *Lambkin* noch einige technische Erläuterungen. *Siegfried*-Aachen.

Abraham: **Marriage and Gonorrhoea. (Heirat und Gonorrhöe.)** The B. j. o. v. dis. 1926. 8.

Nach einem ziemlich langen Exkurs in die frühe und früheste Geschichte der Syphilis und Gonorrhöe, bei dem die Verdienste der Engländer nicht zu kurz kommen, und der darauf hinweisen soll, daß, wie früher, man sich auch heute wieder irren kann, kommt Verf. auf sein eigentliches Thema zu sprechen, ohne auch seinerseits nicht die bekannten großen Schwierigkeiten zu verkennen, die auch heute noch dem Praktiker Kopfschmerzen machen. Seiner Weisheit Schluß ist, erst dann Konsens zu geben, wenn monatelang die Komplementbindungsreaktion des Serums auf Gonorrhöe negativ blieb und keinerlei entzündliche Erscheinungen klinisch mehr nachweisbar sind. Als wichtig sind aus der folgenden Diskussion hervorzuheben zwei interessante Mitteilungen. *Pedroso* meint, daß der Gonokokkus sich bei vermehrtem CO_2-Druck besonders wohl fühle und virulenter werde; das sei auch der Grund, warum Alkohol und körperliche Anstrengungen verschlimmernd wirkten, denn beide vermehrten Blutkohlensäure. *Lambkin* hat zu Provokationszwecken gonorrhoische Vakzine in zu untersuchende Organe, vor allem Harnröhre, injiziert und nach 4—5 Tagen sei nur zu oft, auch bei völlig geheilt Erscheinenden, wieder positiver Ausfluß erfolgt. Erst wenn das nicht mehr der Fall ist, würden seine Soldaten aus dem Militärlazarett entlassen. Weiter beschäftigt sich die Diskussion noch besonders mit dem sogenannten nichtgonorrhöischen Ausfluß beider Geschlechter. *Siegfried*-Aachen.

Digitized by Google

Siebert: **Von der Tiefenwirkung in der Gonorrhöetherapie.** Kl. W. 1927. Nr. 5. S. 212.

Eine Tiefenwirkung in der Gonorrhöetherapie kann sowohl auf pharmakologischem als auch mechanischem Wege erreicht werden. Die auf pharmakologischem Wege (Silberverbindungen) erreichte Tiefenwirkung ist nicht als eine desinfektorische anzusehen, dazu waren die in die Tiefe gelangenden Silbermengen viel zu klein. Der Effekt geht wahrscheinlich über den Weg eines „Reizes" von dem Organismus selbst aus durch Anfachung antiimmunisatorischer Kräfte. In die Tiefe dringt das Silber als Silberalbuminatchlornatrium oder als kolloidales Chlorsilber. Denkbar ist auch das Eindringen als reines kolloidales Silber, das aber daher gewisse Umwandlungen erhalten wird. *Hans Ritter*-Berlin.

Lippmann: **Über die Abortivbehandlung der männlichen Urethralgonorrhöe.** M. K. 1927. 31.

Geeignet nur für Fälle mit mäßiger Entzündung und nur für wenige Tage Dauer, deren zweiter Urin noch klar. Verfahren: 2mal täglich Irrigation der Urethra ant. mit 200 ccm von Sol. arg. nitrici 1 : 3000—1000. Angeblich schon nach 24 Stunden oft Gonokokken verschwunden. Sind bei täglicher 2maliger Untersuchung Gonorrhöe fortgeblieben, keine Behandlung mehr, sondern nur noch Mikroskopie. 2—3wöchentliches Freibleiben des Sekrets soll fast immer Heilung bedeuten. Kommen aber auch dann noch Rezidive, Abortivbehandlung zwecklos. Verf. will in 17 Jahren von 150 Fällen mindestens 100 auf obige Art abortiv geheilt haben. Ursache des Abortiverfolges sieht Verf. darin, daß Gonokokken im Anfang geringeren Widerstand leisten gegen Behandlung als später; auch im stark vermehrten, entzündlichen Ausfluß ist Abwehrreaktion zu sehen. *Siegfried*-Aachen.

Cohn: **Zur Abortivbehandlung der männlichen Gonorrhöe.** M. K. 1927. 41. Kritische Bemerkungen zur Arbeit von *Lippmann* in Nr. 31 dieser Wochenschrift.

Abortivkuren sind zwecklos, wenn erste subjektive Symptome älter als 24 Stunden. Inkubation nicht so entscheidend, nur soll auch diese 8 Tage nicht überschreiten. Arg. nitr. aber im Gesensatz zu *Lippmann* schlecht, gut dagegen 4% Protargolspülungen. So 47% Heilungen. Auf alle Fälle aber im Gegensatz zu *Lippmann* wochenlange nachherige Kontrolle. *Siegfried*-Aachen.

Lippmann: **Schlußwort auf die „Kritischen Bemerkungen".** M. K. 1927. 41.

Im Gegensatz zu *Cohn* soll man Zeit nicht fixieren, die zur Abortivbehandlung noch in Frage kommt, da sonst manche Fälle verschleppt werden; entscheidend soll nur sein, daß Entzündung nur mäßigen Grad erreichte. 4%ige Protargollösung soll wieder zu sehr reizen, was schwache Arg.-nitr.-Lösungen nicht tun. Blieben Gonorrhöen eine Woche fort, dann soll man mit Heilung fast immer rechnen dürfen. *Siegfried*-Aachen.

Digitized by Google

Buchbesprechungen.

K. Zieler: *Lehrbuch und Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten für praktische Ärzte und Studierende.* Auf der Grundlage von Prof. *Jacobis* Atlas der Hautkrankheiten textlich vollständig neu bearbeitet. 2. verm. u. verbesserte Auflage. Berlin u. Wien 1928. Urban & Schwarzenberg. Preis 65 *RM.*

Bereits nach vier Jahren ist die Neuauflage des rühmlichst bekannten *Jacobi-Zieler* notwendig geworden, der beste Beweis für seine Beliebtheit und seine Brauchbarkeit. Die Abbildungen des Atlas sind nur um wenige vermehrt, dagegen ist der Text um eine erhebliche Anzahl instruktiver makroskopischer, vor allem aber mikroskopischer Zeichnungen vermehrt worden, die den Text aufs beste ergänzen.

Im Aufbau ist nichts Wesentliches geändert, aber überall sind die neuen Erkenntnisse hineingearbeitet worden und es muß besonders anerkannt werden, in welch klarer Weise der Verfasser auch die verschlungensten Probleme leicht faßlich dargestellt hat. Das Lehrbuch ist als moderne umfassende Darstellung unseres derzeitigen Wissens über die Haut- und Geschlechtskrankheiten zu bezeichnen und kann Studierenden, praktischen und Fachärzten nur aufs wärmste empfohlen werden.

Die Mannigfaltigkeit und Vollständigkeit des im Atlas vorhandenen Bildmaterials ist so oft rühmend hervorgehoben worden, daß darüber nichts Neues gesagt werden kann. Leider sind aber eine Anzahl Abbildungen nicht mehr so farbenschön und durchsichtig klar wiedergegeben wie in den älteren Auflagen des Jacobischen Atlasses. Wenn auch dieser neue Atlas durchaus vollwertiges, für Unterricht und Studium hervorragend brauchbares Bildmaterial liefert, so wäre ihm bei der nächsten Auflage doch noch mehr Prägnanz zu wünschen. Hoffentlich geht das ohne wesentliche Verteuerung. Denn der äußerst wohlfeile Preis für die stattlichen zwei Bände ist allein schon des Lobes wert.

Frieboes (Rostock).

Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Herausgegeb. von *J. Jadassohn.* 22. Band. *Soziale Bedeutung, Bekämpfung, Statistik der Geschlechtskrankheiten.* Bearbeitet von *H. Hecht, H. Haustein.* Berlin 1927. Julius Springer. Preis 114 *RM*, in Halbleder geb. 122 *RM.*

Der neue Band des *Jadassohn*schen Handbuches, der sich durch seinen besonders großen Umfang auszeichnet, beschäftigt sich mit der sozialen und statistischen Seite der Geschlechtskrankheiten und ihrer Bekämpfung. Die soziale Bedeutung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hat *Hugo Hecht* in übersichtlicher und entsprechend der Größe des behandelten Themas knapper Form dargestellt. Seine schöne Arbeit geht ein auf die Ursache der Geschlechtskrankheiten (Moral, Alkohol, Krieg, Lohn- und Arbeitsfragen für die genitale, berufliche und hygienische Momente für die extragenitale Infektion). Er behandelt weiter die sozialen Schäden, frühzeitige Invalidität, Kosten für die Heilung und Degeneration oder vollkommenes Fehlen der Nachkommenschaft, ferner das Problem der Zu- oder Abnahme der Geschlechtskrankheiten, das dadurch so schwierig wird, daß die Statistiken keine eindeutigen Resultate geben, und diskutiert die Faktoren, die den Anstieg und das Zurückgehen der Syphilis bedingen können (Epidemiologie, Salvarsan usw.). Von großer Bedeutung für das Volkswohl ist die Ansteckung der Kinder mit Gonorrhöe (oft epidemieartig) und mit Syphilis, die auf mangelnde Hygiene,

Digitized by Google

Wohnungsnot und Unsittlichkeit zurückzuführen ist. Besonders betont wird die Bedeutung der Frühbehandlung der kongenitalen Lues vor der Geburt des Kindes durch Behandlung der Mutter. Einige Tabellen aus Deutschland und Rußland zeigen zahlenmäßig die soziale Stellung (Beruf) der Infektionsquellen. Auch das wichtige und viel umstrittene Gebiet der Prostitution hat entsprechende, eingehende Berücksichtigung erfahren. Die zahlreichen und widersprechenden Auffassungen und Berichte sichtet der Autor objektiv, ohne dabei mit seinen eigenen Anschauungen hintan zu halten. Die sozialen, wirtschaftlichen, sexuellen und psychischen Gesichtspunkte für die Entstehung der Prostitution und die zahlreichen differenten Wege, sie zu bekämpfen oder zu sanieren (Reglementierung, Kasernierung, Abolitionismus) werden übersichtlich geschildert. Der Frauenhandel mit seiner für manche europäischen Länder noch immer ungeklärten Bedeutung, die wesentliche Beteiligung des Alkohols, die Prostitution der Jugendlichen und Homosexuellen und schließlich noch das gleichfalls umstrittene Problem der sexuellen Enthaltsamkeit findet eine für die Zwecke des vorliegenden Handbuches ausgezeichnete, der Wichtigkeit des Themas entsprechende Behandlung.

Auch der zweite Teil des *Hecht*schen Artikels, der den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten zum Inhalt hat, zeigt einmal das umfangreiche, bisher vorliegende Material und gibt dabei von den modernen Auffassungen des Autors Kenntnis. Fürsorge, Prophylaxe, Aufklärung, Ehezeugnisse, Meldepflicht und Zwangsheilung, das ist etwa der Inhalt der einzelnen Kapitel, die wieder ausführlich genug über die schwierigen Fragen orientieren. Der Abschnitt über das Problem der Geschlechtskrankheiten faßt noch einmal die ärztlichen Faktoren dieses Kampfes zusammen. Die andeutungsweise hinzugefügten Gedanken über die Notwendigkeit einer Veränderung der sozialen und ethischen Verhältnisse entbehren sicher nicht der Berechtigung, wenn sie auch zum Teil noch mehr zu diskutieren sind. Sehr dankenswert sind die Darstellungen der gesetzlichen Verhältnisse in den einzelnen Ländern.

Die Unsumme des verarbeiteten Materials, welches die fast 800 Seiten umfassende Arbeit *Hausteins* über die Statistik der Geschlechtskrankheiten enthält, läßt sich nicht auch nur annähernd im Rahmen eines kurzen Referates skizzieren. Statistiken, Tabellen, Merkblätter in großer Zahl, den Originalarbeiten entnommen, geben die Schwankungen der Geschlechtskrankheitenziffern, die Todesfälle, die Verteilung auf die Geschlechter, die metasyphilitischen Krankheiten und vieles andere wieder. Gerade diese Materialsammlung macht das Werk bei der Wichtigkeit, die heute der Gewinnung statistisch verwertbarer Zahlen über die Bewegung der Geschlechtskrankheiten beizumessen ist, besonders wertvoll. Vor allem aber dankenswert und gerade dem statistisch arbeitenden Mediziner wichtig sind die einleitenden Bemerkungen, die sich mit der Art der Methodik und kritischen Würdigung der Statistik befassen. In dem sich an die Wiedergabe des ganzen statistischen Materials anschließenden allgemeinen Teil bespricht *Haustein* dann das wichtige Kapitel der Epidemiologie der Geschlechtskrankheiten, indem er in mannigfachen Beziehungen die Geschlechtskrankheiten zu sozialökonomischen Veränderungen, zu Reichtum und Armut, zum Arbeitsmarkt, zum Verbrechen, zum Alkohol, zur Ehe usw. aufrollt. Und schließlich legen zahlreiche weitere Statistiken die Verteilung der Geschlechtskrankheiten nach Alter, Geschlecht, Zivilstand klar. Statistisch-technische Erörterungen über Veranstaltung und Bewertung von Enqueten sind gleichfalls wichtig, weil sie Klarheit bringen über Wert und Un-

Digitized by Google

wert der angewandten Methoden. Beide Arbeiten, die von *Hecht* und von *Haustein*, sind ausgezeichnet durch zahlreiche Literaturangaben, so daß der Wert des umfangreichen Werkes, seine Bedeutung als Hand- und Nachschlagebuch dadurch noch außerordentlich erhöht wird.

Edmund Hofmann (Frankfurt a. M.).

Oskar Gans: *Histologie der Hautkrankheiten.* Bd. II. Berlin 1928. Jul. Springer. Geb. 135 *RM.*

Der zweite Band bringt den 2. Teil der Dermatitiden oder reaktiven Vorgänge in der Haut (akute Exantheme: Scharlach, Masern, Serumkrankheit, Rattenbißkrankheit, Maul- und Klauenseuche, Fleckfieber, Schweißfriesel, Pocken, Vakzination, Vakzineexantheme, Melkerknoten, Paravakzine, Varizellen, Herpesgruppe, Verruga peruviana; ferner die Mykosen der Haut). Es folgen örtlich übertragbare infektiöse Gewebsneubildungen, wozu Verf. das Condyloma acuminatum, die Verrucae und das Molluscum contagiosum rechnet, sodann die tierischen Parasiten und Fremdkörper, Störungen des Kreislaufs (Blut- und Lymphkreislaufs) und Entwicklungsstörungen (hypoplastische [Defekt-]Bildungen, hyperplastische [Überschuß-]Bildungen, Dysplasien, Cysten und Naevi). Den Schluß bilden die echten Geschwülste (Blastome). Dem Bande ist wiederum ein sehr reichliches Literaturverzeichnis, sowie ein Gesamtsachverzeichnis für beide nunmehr vorliegenden Bände beigefügt.

Das hohe Lob, das dem Verfasser von allen Seiten bereits für den ersten Band zuteil wurde, ist nach Abschluß des zweiten Bandes besonders berechtigt. Die Beherrschung des riesigen Gebietes und seiner Literatur, die einheitliche meisterliche Darstellung ist größter Bewunderung wert. Die Auswahl der 238 meist farbigen Abbildungen ist hervorragend gelungen; schon ihr Studium allein gewährt einen umfassenden Einblick in die exakte und tiefgründige Verarbeitung des Stoffes. Mit Recht hat *Bloch* in seiner Besprechung (D. m. W.) bereits hervorgehoben, daß das vorliegende Werk in der Weltliteratur nicht seinesgleichen hat. Das Werk von *Gans* wird, wie es einst bei seinem Lehrmeister *Unna* der Fall war, für Jahrzehnte das Fundament der dermato-histologischen Forschung sein.

Zurhelle (Bonn).

L. Brocq: *Cliniques Dermatologiques.* Deuxième Serie. Paris 1927. Masson & Cie. Pr. 70 Fr.

In der zweiten Serie seiner in Paris und Straßburg gehaltenen klinischen Vorlesungen gibt *Brocq*, der Nestor und einer der Führer der französischen Dermatologie, einen Überblick hauptsächlich über seine eigenen für die gesamte Wissenschaft so fruchtbar gewordenen Auffassungen und Arbeiten. Man kann das in 58 Kapiteln niedergelegte umfangreiche Material in 4 Abschnitte einteilen. Im 1. Abschnitt „Allgemeines" bespricht *Brocq* den Begriff der Dermatosen und die von ihm gewählte Art ihrer Einteilung. Der 2. Abschnitt „Allgemeine Therapie" enthält die Hygiene der Haut und die äußere Behandlung ihrer Erkrankungen. In der 3. Abteilung (Entités morbides vraies) werden die durch äußere Ursachen hervorgerufenen „eigentlichen und wahren" Hautkrankheiten, und in einem 4. Hauptteil die durch allgemeine Erkrankungen auf der Haut hervorgerufenen Erscheinungen (Réactions cutanées) beschrieben. Hierbei setzt sich *Brocq* mit dem Begriff der Lichenifikation, der Neurodermitis, der Duhringschen Krankheit, der Parapsoriasis, den Erkrankungen der behaarten Kopfhaut, deren Übergänge und ihren Theorien auseinander. Eine Besprechung der palmaren und plantaren Keratosen beschließt den Band.

Digitized by Google

Der Inhalt der Vorlesungen trägt ganz das Gepräge der französischen Schule, die ja von *Brocq* in vielen Richtungen beeinflußt wurde. Erstaunliches Verständnis für die klinischen Erscheinungen, eingehende Systematik und glänzende bis ins Feinste durchdachte therapeutische Maßnahmen allgemeiner und lokaler Art — man lese z. B. das Kapitel über die Balneotherapie der Dermatosen —, zahlreiche interessante, historische Bemerkungen machen das Studium des Werkes zu einem hohen Genuß. Auch die wichtigsten deutschen Arbeiten und Forschungen werden kritisch herangezogen. Aus all diesen Gründen ist auch der 2. Band der Dermatologischen Klinik eine wertvolle Bereicherung unserer Fachliteratur. *Memmesheimer* (Bonn).

G. Holzknecht: *Einstellung zur Röntgenologie.* Eine Untersuchung über die Einfügung der Röntgenstrahlenanwendung in Praxis, Forschung und Unterricht. Wien 1927. Julius Springer. Preis Mk. 8,60.

Holzknecht erörtert in einem gedankenreichen kleinen Buche die Möglichkeiten, in welcher Weise die Röntgenologie mit bestem Nutzen für Praxis, Unterricht und Forschung mit dem heutigen Krankenhauswesen, der Spezialkliniken und den Spezialdisziplinen der klinischen Medizin zu verbinden sei, und unterzieht dabei die divergierenden Ansichten der verschiedenen Parteien einer Kritik. Schon in der Einleitung stellt er die gegensätzlichen Meinungen, die Strahlenanwendung den Spezialdisziplinen vorzubehalten bzw. von diesen gänzlich abzusondern, mit ihrem Für und Wider einander gegenüber. Was er dann über die Struktur der Medizin, die praktische Anwendung der Röntgenstrahlen, den Unterricht und die Forschung sagt, ist eine erschöpfende Darstellung des ganzen Fragenkomplexes. Er vermeidet es zunächst noch, bindende Richtlinien anzugeben; seine Abhandlung wird aber bei allen Entscheidungen, die — auch in der Dermatologie — in absehbarer Zukunft überall getroffen werden müssen, als Dokument besonders großer Erfahrung einen wertvollen Berater darstellen. *Zurhelle* (Bonn).

Leopold Pulvermacher: *Hautkrankheiten und innere Sekretion.* Halle 1927. Carl Marhold. Preis geh. Mk. 3,40.

In kurzer, klarer Form, großenteils im Telegrammstil, sind zahlreiche Beobachtungen über die Einflüsse der innersekretorischen Drüsen auf die einzelnen Bestandteile der Haut, wie Epidermis und deren Anhänge, subkutanes Fettgewebe, Bindegewebe und Gefäße zusammengetragen. In derselben Weise ist die Abhängigkeit zahlreicher Hauterkrankungen und Hautgeschwülste von innersekretorischen Faktoren geschildert. Es geht daraus hervor, wieviel exakte Arbeit auf diesem Gebiet noch zu leisten ist. Das Studium der sehr verdienstvollen und interessanten Arbeit verlangt die Kenntnis einiger nicht allgemein gebräuchlicher Fachausdrücke. Ein genaues Literaturverzeichnis ist beigefügt. *Memmesheimer* (Bonn).

E. Goldberger: *Dynamische Pathologie und Pharmakologie der Syphilis.* Wien 1928. Haim & Co. 116 S. 4,20 *RM.*

Beim Zusammentreffen der Spirochaeta pallida mit höheren Lebewesen kommt es zu Wechselwirkungen, die das Bild der Syphilis bestimmen. Mit der Beschreibung der Krankheitserscheinungen befaßt sich die „statische" Syphilislehre. Die Beschreibung der Kräfte jedoch, die die Krankheitsprozesse in Bewegung setzen, sie erhalten, sie zum Stillstand bringen und ihre Rückbildung bewirken, ist Aufgabe der „dynamischen" Pathologie und Pharmakologie der Lues. Da es sich hierbei um zahlreiche, äußerst verwickelte und größtenteils

Digitized by Google

nur hypothetisch deutbare Vorgänge handelt, war die Aufgabe einer kurzen Darstellung, wie sie in der vorliegenden Broschüre versucht wurde, keine leichte. Im ganzen ist sie aber ausgezeichnet gelöst. Die in Betracht kommenden Lehren sind in übersichtlicher Einteilung zusammengefaßt und kritisch beleuchtet, sowie durch eigene Gedanken ergänzt. Die ordnende Hand des Verfassers zeigt sich besonders in der Schilderung der bei der Wassermann-Reaktion mitwirkenden Kräfte. Eine Besprechung der Malariatherapie der Syphilis ist als Anhang von *K. v. Berde* gegeben. Da das Studium der Abhandlung eine vertiefte Auffassung vom Verlauf und der Therapie der Syphilis vermittelt, ist es sehr zu empfehlen. *Memmesheimer* (Bonn).

Jod, ein Überblick über seine biologische und pharmakologische Bedeutung. Komitee für Chilesalpeter, Berlin-Charlottenburg.

In kurzer Form wird in dieser Broschüre ein Überblick über die biologische Rolle des Jods gegeben. Aus der klar geschriebenen Zusammenstellung geht hervor, wie gering unser Wissen über die Pharmakologie des Jods eigentlich ist, obwohl seine gute Wirksamkeit bei vielen Krankheitsfällen schon lange empirisch erkannt wurde. Die Schrift soll und wird zu neuen Forschungen auf diesem wichtigen Gebiete anregen.

Memmesheimer (Bonn).

F. Schürer-Waldheim: *Kausale Fermenttherapie der Infektionskrankheiten.* Neue Heilkunde und Gesundheitslehre. H. V. Oldenburg 1927. Schulzesche Verlagsbuchhandlung.

In Anlehnung an *Abderhaldens* Untersuchungen über parenterale Zufuhr von artfremdem Eiweiß und in der Vorstellung der Toxinausscheidung durch den Harn hat sich der Verfasser eine Behandlungsmethode ausgearbeitet, durch die er einen toxinzerstörenden, sogar bakteriziden und antitoxinbildenden Effekt erzielen will. Er injiziert subkutan entweder Pferdeserum oder Kaseosan zusammen mit verdünntem oder unverdünntem Eigenharn des Patienten. Diese Therapie wendet er von der leichten Grippe bis zur Nierentuberkulose, Paralyse, Tabes und multiplen Sklerose an und glaubt aus seinen 4tägigen bis 4wöchentlichen Beobachtungen den Schluß ziehen zu können, daß die Entdeckung seiner Fermenttherapie das Ende der Behandlungsmethoden mit Diphtherieserum, Salvarsan, Malaria und auch das Ende der Schutzpockenimpfung bedeute. *A. Memmesheimer* (Bonn).

Personalien und Tagesnachrichten.

Zum 60. Geburtstag von Professor Felix Pinkus.

Das Jahr 1868, das für die Dermatologie besondere Bedeutung besitzt, weil in ihm die erste pathogene Spirochäte in Berlin durch *Obermeier* und ferner das für die Strahlentherapie wichtige *Helium* entdeckt wurde, ist auch das Geburtsjahr von Prof. *Felix Pinkus*. Nachdem schon im vorigen Heft seines Geburtstages (4. April) kurz gedacht und ihm die Glückwünsche der Herausgeber und des Verlags ausgesprochen wurden, sei ihm hier noch einmal für seine langjährige treue Mitarbeit an unserer Zeitschrift, die seinen Namen seit etwa 20 Jahren auf dem Titelblatt trägt, herzlichst gedankt. Aus der Schule *Albert Neißers* hervorgegangen und von *Paul Ehrlich* beeinflußt, ist *Pinkus* doch bald eigene Wege gegangen und hat dank seiner trefflichen Beobachtungsgabe, die auch die kleinsten klinischen und morphologischen Veränderungen aufzufassen vermag, sich bleibende Verdienste erworben. Durch zahlreiche sehr

Digitized by Google

fleißige, auch mühevolle Rekonstruktionsmethoden verwertende Arbeiten hat er die Lehre von der Morphologie und Histobiologie der Haut gefördert, und sein großer kürzlich erschienener Handbuchartikel über die Anatomie der Haut legt Zeugnis von seiner umfassenden Beherrschung dieses Wissenszweiges ab. Ebenso hat er wertvolle Arbeiten auf dem Gebiet der allgemeinen Pathologie und Histopathologie der Haut geliefert, von denen die über leukämische und ähnliche Erkrankungen und Lichen nitidus besonders genannt seien. Ein kleiner Leitfaden der Haut- und Geschlechtskrankheiten (1910) zeigt seine Fähigkeit zu knapper zielsicherer Darstellung, und in Kursen und Vorlesungen über Histopathologie der Haut hat er sein Lehrtalent oft bewiesen. Unter dem Einfluß von *Blaschko* wandte er sich der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zu und hat sich auch auf diesem Gebiete sowie um das neue Gesetz zur Eindämmung dieser Krankheiten Verdienste erworben. Möge er auch im kommenden Dezennium die gleiche Arbeitskraft und Schaffensfreude zum Besten unserer schönen Fachwissenschaft entfalten und er unserer Zeitschrift weiter ein treuer Mitarbeiter bleiben.

Am 12. Mai d. J. feierte unser hochgeschätzter langjähriger Mitarbeiter Prof. *Touton* seinen *70. Geburtstag*, zu dem ihm die Deutsche Dermatologische Gesellschaft Blumen und Glückwünsche überreichen ließ und die Vereinigung rheinisch-westfälischer Dermatologen ihn zum Ehrenmitglied ernannte. Den herzlichen Wünschen der Herausgeber und des Verlages unserer Zeitschrift wird im nächsten Heft eine nähere Würdigung seiner Verdienste folgen.

Prof. *Otto Grütz*, Oberarzt der Hautklinik in *Kiel*, wurde zum Leiter der Hautabteilung des Städtischen Krankenhauses in *Elberfeld* gewählt.

Hofrat Prof. *Wagner-Jauregg* (Wien) ist von der Berliner Medizinischen Gesellschaft zum Ehrenmitglied gewählt worden.

Prof. *E. Hoffmann*, der am 25. 4. d. Js. seinen 60. Geburtstag beging, ist nach Rückkehr von seiner Reise durch Spanien und Frankreich am 30. 4. eine Festschrift von seinen nächsten Schülern und Freunden überreicht worden. Diese stellt Band 53 der Dermatologischen Zeitschrift dar und enthält 88 Originalbeiträge, z. T. auch Beiträge von ausländischen Gelehrten.

Auf seiner Reise durch Spanien hielt Prof. Dr. *Hoffmann* auf Einladung des Dekans der medizinischen Fakultät in Madrid, Prof. *Recasens*, am 13. 4. einen Vortrag über die Frage: „Wie weit ist die Syphilis eine so gut wie sicher heilbare Krankheit geworden?", den er selbst in spanischer Sprache einleitete und dann in spanischer Übersetzung von Prof. *Covisa* vorlesen ließ. Diese Conferencia war sehr gut besucht und erregte großes Interesse. Am 17. 4. wurde Prof. *Hoffmann* und seiner Frau zu Ehren von den spanischen Dermatologen ein Bankett veranstaltet, bei welchem, ebenso wie gelegentlich des Vortrages, der deutschen Wissenschaft und ihrer Vertreter mit sehr ehrenden und anerkennenden Worten von den Herren Professoren *Recasens* und *Covisa* und Dr. *Sainz de Aja* gedacht wurde.

Prof. Dr. *E. Hoffmann* wurde von der Spanischen Dermatologischen Gesellschaft zum Ehrenmitglied, von der Königl. spanischen Akademie der Medizin und der American Dermatological Association zum korrespondierenden Mitglied ernannt.

Prof. *Karl Ernst v. Düring* (Frankfurt a. M.) feierte am 6. 5. seinen 70. Geburtstag. Er ist ein Schüler von *Unna* und war lange Jahre als Professor

Digitized by Google

für Hautkrankheiten und Syphilis an der Medizinschule in Konstantinopel und später als Professor und Direktor der Klinik für Hautkrankheiten in Kiel tätig. Seit einiger Zeit wohnt er in Frankfurt a. M., und ist mit einem Lehrauftrag für Heilpädagogik betraut.

Dr. *S. Bergel* feierte am 31. 3. seinen 60. Geburtstag.

Dr. *Samuel M. Kaufmann* wurde Leiter der dermatologischen Abteilung der German Polyclinic in *New York*.

Dr. *Florian Werr* ist zum Leiter der Beratungsstelle für Geschlechtskranke im Bezirk Berlin-Steglitz ernannt worden.

Dr. *Oscar Sprinz* in Berlin ist von der Sociétá italiana di Dermatologia i Sifilografia zum korrespondierenden Mitglied ernannt.

Prof. *Sata* in *Osaka* ist es durch seine tatkräftige Deutschfreundlichkeit gelungen, mit der von der größten japanischen Zeitung (Osaka Mainichi) errichteten Stiftung von 20000 Mk., sowie mittels der Stiftung einer Bibliothek japanischer Bücher ein Japanologisches Institut an der Universität Köln zu begründen. Es ist dies ein Schwesterinstitut des bereits in Berlin bestehenden Japanologischen Instituts.

Vom 25.—28. 4. d. Js. fand im Institut für experimentelle Therapie und im chemotherapeutischen Forschungsinstitut Georg-Speyer-Haus in Frankfurt a. M. die dritte Tagung der *permanenten Standardisierungskommission der Hygieneabteilung des Völkerbundes* statt, die über Serumeinheiten, Standardisierung des Tuberkulins, des Salvarsans und der Testsera für die Blutgruppenuntersuchung usw. beriet.

Die diesjährige Versammlung *Deutscher Naturforscher* und *Ärzte* findet in *Hamburg* vom 16.—22. 9. statt (Einführender der Abteilung der Dermatologie: Prof. *Mulzer*, Stellvertreter Prof. *Ritter* und Prof. *Delbanco*, Schriftführer Prof. *Habermann* und Dr. *Karrenberg*).

Budapest. Nach einer fast 25jährigen Pause wurde die *Ungarische Dermatologische Gesellschaft* neu gegründet. Zum Vorsitzenden wurde gewählt *L. Nékám*, und zu stellvertretenden Vorsitzenden *F. Poor*, *J. Sellei* und *L. Török*.

Anläßlich des 25jährigen Bestehens der *Japanischen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten* fand in *Tokio* eine erhebende Feier statt unter Anwesenheit hervorragender japanischer Würdenträger und besonderer Einladung der deutschen Kolonie mit dem Botschafter *Solf* an der Spitze. Den Festvortrag hielt Prof. *Dohi*, der die Lebensarbeit *Albert Neißers* eingehend würdigte.

Eine Allgemeine *Ärztliche Zeitschrift für Psychotherapie und Psychische Hygiene* einschließlich der klinischen und sozialen Grenzgebiete (Organ der allgemeinen ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie) ist unter der Schriftleitung von Prof. *Rob. Sommer* (Gießen), im Verlage von S. Hirzel in Leipzig erschienen.

Digitized by Google

I.

Die Dermatologie in den Vereinigten Staaten von Amerika.

Von

OSCAR GANS,

Heidelberg.

Die Darstellung der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Lage eines Berufes ist immer eine schwierige Aufgabe. Dies trifft schon für unsere engeren europäischen und insbesondere auch deutschen Verhältnisse zu. Der gesamte wirtschaftliche und soziale Status, von welchem wiederum die Lage jeder Berufsgruppe abhängig ist, ihre mehr oder weniger enge Verkettung mit anderen Wirtschaftszweigen, schaffen an sich schon jedesmal besondere Voraussetzungen. Es kann nun nicht meine Aufgabe sein, diesen soziologischen Grundlagen, wie sie für die Vereinigten Staaten von Amerika in Frage kommen, hier nachzugehen. Der ganze Fragekomplex ist ja dafür viel zu ausgedehnt. Eine äußerst skizzenhafte Übersicht habe ich früher zu geben versucht; auch sie ließ notgedrungen Vieles und Wichtiges unberücksichtigt, das zu erörtern auch an dieser Stelle unmöglich ist. Meine Darstellung bleibt jedoch nicht nur in dieser Hinsicht unvollkommen. Sie muß sich weitestgehende Abstriche an ihrer Allgemeingültigkeit gefallen lassen; schon allein mit Rücksicht auf die verhältnismäßig kurze Zeit, die mir für meine Beobachtungen zur Verfügung stand; vor allem aber durch die Tatsache, daß sie sich in vielen Punkten auf Eindrücken aufbaut, die in zwangloser Unterhaltung gewonnen wurden. Ihr Wert wird andererseits wieder dadurch gehoben, daß der Versuch gemacht wurde, auf Grund bestimmter Fragestellungen fester umrissene Antworten zu erhalten. Auch diese weichen in ihrer objektiven Beweiskraft naturgemäß erheblich voneinander ab, da längere Bekanntschaft den einen der Befragten unwillkürlich zu größerer Offenheit veranlaßte, während der andere auf Grund geringerer Vertrautheit mit dem Fragenden — und seinen Gedankengängen — ein objektiv weniger richtiges, wenn auch kaum subjektiv falsches Urteil abgab. Nur mit diesen Einschränkungen bitte ich daher meine Leser jenseits und diesseits des Atlantik die nachfolgenden Zeilen zu betrachten.

1. Geschichtlicher Werdegang. Dermatologische Gesellschaften.

Die Dermatologie zählt in den Vereinigten Staaten von Amerika mit zu den ältesten und angesehensten Sondergruppen der Medizin. Sie hat sich diese Stellung allerdings auch erst mühsam erkämpfen müssen, wenn dies drüben auch viel leichter gewesen zu sein scheint als in unserem, in Vorurteilen mannigfaltigster Art befangen gewesenen Deutschland. Wenn man den Niederschlag, den eine Forschungsrichtung in wissenschaftlichen Gesellschaften gefunden hat, als Maßstab für ihr Ansehen in einer Kulturgemeinschaft verwerten darf, so steht — an der Zahl der dermatologischen Ver-

Digitized by Google

einigungen gemessen — unser Sonderfach in den Vereinigten Staaten in hoher Blüte. Neben den beiden führenden Vereinigungen: der American Dermatological Association bzw. der Section on Dermatology and Syphilology of the American Medical Association, treffen wir auf mehr als ein Dutzend älterer und jüngerer dermatologischer Gesellschaften, die weniger die Erörterung wirtschaftlicher, als die Klärung dermatologisch wichtiger, theoretischer oder praktischer Fragen anstreben. In New York allein zählen wir ihrer vier, nämlich: Die Brooklyn, Manhattan, New York Derm. Soc. und die Section on Dermatology and Syphilology der New Yorker Academy of Medicine. Die großen Zentren des Ostens und Mittelwestens finden wir vertreten in den dermatologischen Gesellschaften von Baltimore and Washington, Chicago, Cincinnati, Cleveland, Detroit, Minnesota, New England, Philadelphia, Pittsburgh und St. Louis. Es ist auch hier wiederum festzustellen, wie das medizinisch-wissenschaftliche Amerika der U.S.A. sich in der Hauptsache auf den Osten und Mittelwesten beschränkt und westlich einer Linie Minneapolis—St. Louis, New Orleans sich die Wildnis bis an den Pazifik erstreckt. Dermatologisch tritt dies vielleicht mit am ausgeprägtesten hervor; auch hier erscheint naturgemäß der Wert des in den verschiedenen Zentren gebotenen — da weitgehendst von persönlichen und örtlichen Bedingungen abhängig — recht wechselnd. Der Inhalt der mehr örtlichen Zusammenkünfte entspricht jedoch im großen ganzen durchaus dem, was wir auf unseren Südwest-, Nordwestdeutschen- usw. dermatologischen Vereinigungen zu sehen gewohnt sind bzw. bei jenen Versammlungen am Sitz größerer dermatologischer Zentren wie Wien, Berlin, Breslau u. a. Im wesentlichen werden bemerkenswerte Krankheitsfälle vorgestellt. Die daran anschließende Besprechung wird von allen Beteiligten mit jenem Freimut geführt, der als hervorragender Zug amerikanischen Wesens uns so wertvoll erscheint. Die Versammlungen finden meist monatlich statt. Fahrten von zwölf und mehr Eisenbahnstunden werden als selbstverständlich hingenommen, um den Sitzungen beiwohnen zu können. (In New York ist durch gegenseitiges Übereinkommen der Gesellschaften die Möglichkeit gegeben, allwöchentlich einem solchen dermatologischen Abend beizuwohnen, da sie abwechselnd tagen. Genauere Angaben enthält die ausgezeichnet geleitete „The New York Medical Week", die jeder Arzt drüben einsehen sollte. Sie wird auf Verlangen wöchentlich ins Hotel bzw. die Wohnung gesandt.) Die Jahresversammlung erhält ihre besondere Note durch einen Vortrag des jeweiligen Vorsitzenden. Da dieser jährlich wechselt, kommen die verschiedensten Richtungen zu Wort, zumal ein rücksichtslos gebrauchtes Wahlrecht ein Beschränktbleiben auf eine enge Führergruppe zu verhindern versteht. Bei der anerkannten Gastfreundschaft des Amerikaners ist es selbstverständlich, daß fremde Gäste einer besonders freundlichen Aufnahme gewiß sein dürfen. Doch auch ihnen gegenüber verzichtet niemand auf sein Recht der freien Meinungsäußerung; aber gerade dadurch wird ja eine derartige Tagung erst recht fruchtbar. Daher zählen auch die Tage, wo ich — sei es nun in Minneapolis oder St. Paul, in Chicago oder St. Louis, in Cleveland oder New York — an derartigen Versammlungen teilnehmen durfte, zu den schönsten Erinnerungen meines Aufenthaltes und zu den lehrreichsten.

Während die Mitgliedschaft dieser mehr örtlichen Vereinigungen wohl ohne Schwierigkeiten jedem mit der nötigen Vorbildung versehenen dermatologischen Praktiker offensteht, ist dies in der Elitetruppe der amerikanischen Dermatologie, der American Dermatological Association, nicht ohne weiteres

Digitized by Google

der Fall. Schon die Beschränkung der Mitgliederzahl auf 75 — neuerdings sind Bestrebungen im Gange, sie auf 100 zu erhöhen — gibt den Angehörigen dieser Vereinigung nach außen hin ein besonderes Ansehen, das nicht immer nur allein auf wissenschaftlicher, sondern auch auf einer gewissen gesellschaftlichen Stellung beruht. Dies letztere mag uns eigenartig berühren, wenn es auch aus der ganzen Entwicklung der Vereinigung heraus verständlich erscheint. „A combination of altruism, pioneer spirit, thirst for knowledge and desire to improve the speciality has caused many of these men to donate time, effort and money to charity, teaching and research" *(Mac Kee)*. Es war wohl der berechtigte Stolz dieser Männer, welcher sie von den Neuaufzunehmenden neben anerkannter wissenschaftlicher Arbeit auch jene Art von Freundschaftsgeist fordern ließ, wie er sich uns in der für ein republikanisch demokratisches Land so überraschenden gesellschaftlichen Abgeschlossenheit der einzelnen Kreise kundtut. Das neue Mitglied muß sich bei der Aufnahme durch einen wissenschaftlichen Vortrag einführen. Im übrigen geht jedoch im Gegensatz zu manchen anderen wissenschaftlichen Vereinigungen dieser Aufnahme keinerlei besondere Feierlichkeit (Gebete, Musikvorträge) voran. Die Americ. Derm. Assoc. zählte und zählt naturgemäß die bedeutendsten Vertreter des Faches zu ihren Mitgliedern. Sie ist eine der ältesten medizinischen Vereinigungen ihres Landes überhaupt. Zu ihren Vätern darf man — wenn auch nicht unmittelbar — den Pionier unseres Faches in den Vereinigten Staaten von Nordamerika *Henry D. Bulkley* zählen, der nach längerem Studium am Hôpital St. Louis in Paris im Jahre 1836 mit *John Watson* in New York die erste dermatologische Poliklinik eröffnete. Er wurde 1869 zum ersten Präsidenten der New Yorker dermatologischen Gesellschaft — der ältesten Derm. Vereinigung der Welt *(Fox)* — gewählt, deren erste Mitglieder als die Kerntruppe der amerikanischen dermatologischen Gesellschaft betrachtet werden dürfen. Im Juni 1876 wurde diese bei einer Versammlung der Americ. Medic. Assoc. in Philadelphia gewissermaßen aus der Taufe gehoben; und zwar von *E. Wigglesworth* — dessen dermatologische Bibliothek heute noch den Stolz der Bostoner Hautklinik bildet —, *S. A. Duhring* von Philadelphia, *S. P. Yandell* von Louisville, *J. E. Arkinson* von Baltimore, *L. D. Bulkley* und dem „Dean of Dermatology" *G. H. Fox* (dessen lesenswerte „Reminiscences" vor Jahresfrist in der „Medical Life Press of New York" erschienen). Infolge dieser Anregung konnte dann im Herbst die Gründung in Philadelphia vollzogen werden, wobei *James E. C. White* von Boston zum ersten Präsidenten gewählt wurde. Ihm fiel auch die Ehre zu, den internationalen Dermatologen-Kongreß in New York im Jahre 1907 zu leiten. Die Gesellschaft führt und führte unter ihren Mitgliedern eine Reihe von Männern auf, deren Namen internationales Ansehen genießen und durch die erste Beschreibung bestimmter Hauterkrankungen für immer mit der Dermatologie verknüpft sind. Von den älteren nenne ich noch außer den obenerwähnten: *James N. Hyde, Karl Heitzmann, Andrew R. Robinson, Henry A. Morris* — den Gründer der ersten amerikanischen Zeitschrift für Hautkrankheiten —, *Prince A. Morrow, Henry W. Stelwagon, Schenk, W. Joseph Zeissler, Frank H. Montgomery, Gilchrist, Fordyce, Wende.* Die Gesellschaft konnte 1926 ihr 50jähriges Bestehen feiern, bei welchem *George H. Fox* als Gründungs- und zugleich auch ältestes Mitglied die Festrede hielt, aus der die vorstehenden Daten entnommen sind. *Engman, Goldenberg, Grindon, Ormsby, Pollitzer, Pusey, Schamberg, Sutton, Stillians*, um einige Namen aus der älteren Generation zu nennen, ferner *Cole, Foerster,*

Digitized by Google

H. Fox, Highman, Lane, Mac Kee, Michelson, Mitchell, O'Leary, Rosen, Senear, Stokes, Wile, Wise und andere Männer von anerkanntem wissenschaftlichen Ruf zählen zu ihren Mitgliedern. Teils konservativ, teils progressiv in ihrem wissenschaftlichen Denken, halten sie die Gesellschaft auf der anerkannten Höhe. Jedes dritte Jahr sieht sie in Washington, wo alle medizinischen Fachgruppen zum sogenannten Clinical Congress zusammentreffen, um in gemeinsamen und in Sonderbesprechungen eine allgemein medizinisch wichtige Frage zu erörtern.

Für die Entwicklung der Dermatologie in den U.S.A. bedeuten die Kriegs- und Nachkriegsjahre — wie wohl in sämtlichen anderen Fragen der Abhängigkeit vom alten Europa — einen scharfen Einschnitt. Es ist nicht etwa so, als ob nun plötzlich eine amerikanische dermatologische Schule sich entwickelt hätte; es liegt auch durchaus keine scharfe und etwa dauernde Trennung von der europäischen Dermatologie vor. Aber es ist nicht zu bezweifeln, daß jene Jahre zu der Verselbständigung unseres Sonderfaches drüben erheblich beigetragen haben. Diese Gestaltung ist durchaus kein Verdienst eines einzelnen, sie liegt und lag wohl einfach in der Entwicklung der Dinge begründet. Trotzdem wird die von manchen Seiten häufig und gern betonte Unabhängigkeit der amerikanischen Dermatologie auch drüben durchaus nicht überall anerkannt. Ja einige, und das sind naturgemäß diejenigen, die ein kurzer oder längerer Aufenthalt vor oder nach dem Kriege nach Europa führte, betonen immer wieder die engen Zusammenhänge: Eine Stellungnahme, die für denjenigen als selbstverständlich und einzig möglich erscheinen muß, der in der Wissenschaft und ihren einzelnen Zweigen ein allgemeines Kulturgut aller Völker zu sehen gewohnt ist. Es muß jedoch gesagt werden, daß der Einfluß einiger weniger amerikanischer Forscher, ich nenne von den Lebenden neben *Engman, Ormsby, Pusey, Sutton* vor allem *Mac Kee, Schamberg* und *Stokes*, beginnt, der amerikanischen Dermatologie eine Individualität aufzuprägen, die in kürzerer Zeit zu jener Unabhängigkeit führen wird, ja vielleicht auch schon geführt hat, wie wir sie mit Rücksicht auf die Ursprünglichkeit der Forschung als besonders segensreich für jedes Land betrachten müssen.

Eine Entwicklung scharf ausgeprägter dermatologischer Schulen, wie wir sie im alten Europa kannten, darf man vielleicht ansatzweise in Ann Arbor unter Führung von *Udo J. Wile* sehen; auch die sogenannte Columbiagruppe wies in diese Richtung *(Fordyce, Mac Kee, Rosen, Wise, Highman)*. Von hier sind in den letzten Jahren eine ganze Reihe junger Praktiker hervorgegangen, die im Gegensatz zu der mittleren und auch wohl älteren Generation meist keine europäische Vorbildung genossen haben, ja vielfach von Lehrern unterrichtet wurden, die ebenfalls nie diesseits des Atlantik waren. Das gleiche gilt wohl für einen Teil jener Männer, die in *Pusey* und *Ormsby* ihre wissenschaftlichen Führer zu sehen gewohnt sind. Um so wichtiger erscheint es, durch einen Ausbau der gegenseitigen Beziehungen die Kenntnis europäischer bzw. amerikanischer Dermatologie, wie Medizin und Naturwissenschaften überhaupt, zu fördern. Wir sehen Ansätze zu dieser Entwicklung in den jährlichen Fortbildungskursen, wie sie in Wien, in Berlin, besonders aber in Paris und gerade hier mit außerordentlichem Eifer gepflegt werden. Diese Kurse wenden sich allerdings, wenigstens was die Dermatologie anbetrifft, in erster Linie an den ausgebildeten Arzt. Es ist unnötig, zu betonen, wie wertvoll derartige Beziehungen nicht nur für das gegenseitige Kennen und Verstehen der Völker sind; haben sie doch eine ungleich größere Bedeutung für die Verbreiterung eines Kulturkreises überhaupt. Man muß sich darüber klar sein, daß derartige

Digitized by Google

Verbindungen nachwirken, daß sie in der Heimat des Besuchers die Kenntnis von Wesen und Geist des Gastlandes in vielen Einzelheiten verbreiten. In Frankreich ist der Wert derartiger „Zellen" von den geistigen sowohl wie den politischen Führern längst anerkannt. Mit außerordentlicher Großzügigkeit werden staatliche Mittel für die Pflege dieser Beziehungen zur Verfügung gestellt. In unserem verarmten Vaterlande mußte es daran vorläufig noch fehlen. Hoffnungsvolle Anfänge dürfen wir in dem „Deutschen akademischen Austauschdienst" sehen, der in den letzten Jahren trotz der Beschränktheit der Mittel wertvolle Kleinarbeit geleistet hat. Mit besonderem Stolz können wir auch feststellen, daß die Heidelberger Ruperto-Carola mit der Veranstaltung von Auslandskursen für jüngere Studierende führend vorangegangen ist. Die Kurse wenden sich zwar in erster Linie an jene Kreise, die meist noch kein Fachstudium erwählt, sondern — im Rahmen ihrer amerikanischen College-Ausbildung — bei uns wertvolle Verbreiterung und Vertiefung mehr allgemeiner Kenntnisse suchen. Dringend erwünscht ist ein Ausbau dieser Kurse nach der naturwissenschaftlich-medizinischen Seite; denn nur auf dem Wege über die studentische Jugend wird es möglich sein, der deutschen Kultur in Übersee nicht nur die verloren gegangene Stellung zurück zu erwerben, sondern diese auch noch zu verbreitern. Die grundsätzlichen Voraussetzungen liegen gerade in den Vereinigten Staaten von Nordamerika besonders günstig. Überall trifft man wieder auf das Bestreben, durch Erlernen der deutschen Sprache den Zusammenhang mit der deutschen Wissenschaft aufzunehmen. Die enge Verwandtschaft der englischen Sprache mit der deutschen erleichtert diese Absicht. Die allgemeine Wertschätzung deutscher Lehr- und Handbücher beweist sie. Bemerkenswerterweise treten zum Beispiel in der Dermatologie die englischen Lehrbücher trotz der Sprachgleichheit an Bedeutung zurück. Neben französischen *(Darier)* sind es vor allem deutsche Werke, die gelesen werden, obwohl an guten amerikanischen *(Ormsby, Pusey, Sutton)* für die Dermatologie kein Mangel besteht. Und auch die Syphilologie hat in dem Werke von *Stokes* eine erstklassige Bearbeitung erfahren. Mit Freude muß es den deutschen Forscher daher erfüllen, wenn trotzdem immer und immer wieder deutsche Textbücher zu Rate gezogen werden und mit großem Interesse unseren Neuerscheinungen entgegengesehen wird.

Durchaus objektiv wird versichert, daß der Einfluß der und die Beziehungen zur Dermatologie in England in den letzten 20 Jahren sehr zurückgegangen seien. Überall wird die große Bedeutung der französischen Arbeit betont; vor allem in der Therapie hat die französische Dermatologie drüben großen Einfluß gewonnen. Wachsende Beachtung findet auch die italienische dermatologische Forschung. Für die wissenschaftliche dermatologische Forschung, insbesondere für die Förderung der pathologischen Histologie, der experimentell-dermatologischen Forschung, der Serologie wird das deutsche Sprachgebiet als führend anerkannt. Besondere Beachtung finden auch die deutschen Ergebnisse der Syphilisforschung und Therapie. Mit Bedauern muß allerdings der deutsche Besucher dabei sich erinnern, daß gerade in der Therapie der Syphilis die Ergebnisse deutschen Forschergeistes und deutscher Arbeitsamkeit bedenkenlos verwertet wurden, um die amerikanische chemische Industrie auch in dieser Hinsicht auf eine unabhängige Grundlage zu stellen.

2. Dermatologische Forschungsinstitute und Kliniken.

Ein Tropfen Wermut fließt daher auch dort mit ein, wo das Streben nach objektiver Beurteilung vollste Anerkennung für das Erreichte bedingt. Ich

Digitized by Google

meine hier das einzigartige Forschungsinstitut, wie es *Schamberg* in großzügigster und uneigennützigster Weise errichtet hat.

Das *Research Institute of cutaneous Medicine* in Philadelphia wurde 1922 mit einer Summe von 750,000 Dollar gegründet und steht heute auf eigenem Grund und Boden völlig unabhängig da. Es enthält Abteilungen für Bakteriologie, Serologie, Chemie und Biochemie. In idealer Zusammenarbeit suchen etwa ein Dutzend wissenschaftlicher Mitarbeiter unter Leitung von *Schamberg* die gesamte naturwissenschaftlich-medizinische Forschung für die Dermato-Venerologie fruchtbar zu machen. Neben diesem, wohl einzigartigen, rein dermatologisch-venerologischen Fragen gewidmeten, nur aus privaten Mitteln unterhaltenen Forschungsinstitut führen die übrigen ein bescheideneres Dasein. Nicht etwa in Hinsicht auf die wissenschaftlichen Leistungen, sondern infolge der geringen Mittel, die ihnen zur Verfügung stehen. Um so größere Anerkennung verdienen die Männer, die in selbstloser Hingabe einen großen Teil ihrer Arbeitskraft diesen Instituten zur Verfügung stellen. In Philadelphia leitet *Weidman* das kleine, vor allem histologisch-bakterologischer Forschung gewidmete, zur Universität von Pennsylvanien gehörige, aus Mitteln der Duhring-Stiftung gegründete Institut. In Chicago hat *Ormsby* im Presbyterian-Hospital ein neues Forschungsinstitut eingerichtet. Das Barnard Free Skin and Cancer Hospital in St. Louis verdankt *Engmans* rein privater Initiative seine Entstehung und sein Dasein. Die wissenschaftliche Arbeit unter der Leitung von *Montrose T. Burrows* (u. a. Bedeutung der Vitamine für die Karzinomfrage) wird international anerkannt. In Ann Arbor hat *Udo J. Wile*, im Columbia-Hospital in Milwaukee *Foerster* dermatologischer Forschung eine Heimstätte bereitet. An vielen anderen Stellen wird wertvolle Kleinarbeit geleistet; sie alle genießen verdientes Ansehen und pflegen die verschiedensten Richtungen dermato-venerologischer Fragestellungen. Dabei finden wir durchaus nicht immer so ideale Verhältnisse wie an der Mayo-Clinic, die als mustergültige Lösung bezeichnet werden darf für die dreifache Aufgabe: Behandlung der Kranken, Forschung und Unterricht. Klinische und Laboratoriumsarbeit sind an den meisten Stellen glücklich vereint und entsprechen daher dem Ideal medizinischer Forschung überhaupt; denn viele Probleme der Medizin entwickeln sich in einer Klinik, und mancherlei Laboratoriumsergebnisse finden dort ihre praktische Auswertung. Das Geheimnis amerikanischen Erfolges, die „Cooporation", hat auch unter Führung von *Fordyce* ihre schönsten Früchte gezeitigt, und die Unabhängigkeit, wie sie *Schamberg* beim Aufbau seines Forschungsinstitutes betont und aufrecht erhalten hat, ist ein Ehrenmal für den amerikanischen Praktiker.

Man muß sich von den Gedanken frei machen, als ob die Amerikaner nur Massenbetrieb, aber keine wissenschaftlich exakte Fragestellung verständen. Es gibt hier wie bei uns sonderbare Käuze, aber man trifft auch manchen erstklassigen Wissenschaftler, oft mit dem gleichen Idealismus beseelt wie wir Europäer und Deutsche. Und wie könnte es auch anders sein; haben wir doch in den Vereinigten Staaten einen Niederschlag der verschiedensten Gruppen europäischen Volkstums vor uns.

Besonderes Interesse erweckte zur Zeit meines Aufenthaltes die wissenschaftliche Auswertung der Malaria- und Proteinkörpertherapie für die Behandlung der Syphilis, die Bearbeitung physikalischer und chemischer Fragen in Zusammenhang mit dem Pilzproblem. Die Sicherstellung des Forschers (full

Digitized by Google

time man), die Organisation der Forschung, die Ausbildung der Studenten, Lehr- und Lernprobleme in ihrer Bedeutung für die dermatologische Erziehung, haben in wertvollen Referaten von *Wile, Cole* und *Stokes* ihren Niederschlag gefunden.

Die Vertiefung unserer Kenntnisse von der pathologischen Physiologie der Haut, das Bestreben, die Dermatosen ursächlich zu behandeln und nicht nach ihren Erscheinungsformen auf der Haut, der Ausbau der biologisch-funktionellen Methodik in chemischer und physikalischer Richtung, die Verbreiterung der allgemeinen medizinischen Basis für die Dermatologie, endlich die vergleichende Tierpathologie wurden als Ziele amerikanischer dermatologischer Forschung bezeichnet. Ein schönes Zeichen für den Geist reinen Menschentums bei unseren amerikanischen Kollegen sei erwähnt: Die Forschung soll dahin streben, dem kranken Menschen zu helfen; der Unterricht soll den Studenten davor bewahren, den Patienten als „Krankenmaterial" zu betrachten, den Geist wahrer ärztlicher Hilfsbereitschaft soll er in seinen Jüngern wachrufen! Ziele, wie sie ja in gleicher idealer Begeisterung für den ärztlichen Beruf auch in Deutschland (*Aschoff, Krehl* u. a.) immer wieder betont werden.

Zwischen Forschungsinstituten und *klinischen Krankenabteilungen* ist meist ein enger Zusammenhang gesichert, da die Leitung in einer Hand vereinigt ruht. Gerade auf diese Weise tritt naturgemäß auch in der Forschung die Bearbeitung klinischer Fragestellungen in den Vordergrund, eine Feststellung, welche bei dem überall auf praktische Auswertung hinzielenden Geist des Amerikaners weiter nicht überraschen kann. Auch dort, wo eine rein klinische Tätigkeit unabhängig von besonderen, der Forschung gewidmeten Stätten betrieben werden muß — und das ist doch mit wenigen Ausnahmen fast überall der Fall — stehen die notwendigsten Laboratorien, zum mindesten für serologische, bakteriologische und histologische Untersuchungsmethoden zur Verfügung. Allerdings ist vielfach die Laboratoriumsarbeit zentralisiert, derart, daß sämtlichen klinischen Abteilungen eine gemeinsame Untersuchungsstelle zur Verfügung steht (Ausnahmen wie Bellevue-Hospital, New York, Dermatol. Abt. der Universität Pennsylvanien, Mayo-Clinik, Universität Minnesota, Cleveland u. a. bestätigen die Regel). Diese Sachlage kann sicherlich nicht als eine ideale bezeichnet werden; sie hat sich aber wohl aus der historischen Entwicklung ergeben, die — mit wenigen Ausnahmen — die Dermatologie in den Rahmen der allgemeinen Medizinschule zwang. (Ausnahmen: Selbständige Hospitäler nur für Hautkranke: New York Skin und Cancer Hospital, Barnard Free Skin and Cancer Hospital in St. Louis.) Je nachdem nun ein geringeres oder größeres Verständnis für die Notwendigkeiten dermatologischer Forschung und dermatologischen Unterrichts dort vorhanden ist, stehen naturgemäß hierfür auch in den klinischen Instituten nicht überall die gleichen — manchmal kaum die notwendigsten — Mittel zur Verfügung. Im allgemeinen betrachtet, waren ja überhaupt die amerikanischen Krankenhausverhältnisse für den medizinischen Unterricht bis vor kurzer Zeit recht unbefriedigend *(Flexner)*. Es bestand zwischen Universität und Krankenanstalt tatsächlich nur ein sehr lockerer Zusammenhang und das ist auch bis heute, trotz erfreulicher Ansätze zur Besserung, mit wenigen Ausnahmen noch so geblieben. Daher ist die Krankenmaterialfrage noch immer eine ziemlich schwierige, da es vielfach dem Ermessen des Krankenhausvorstandes überlassen bleiben muß, ob er seine Kranken zum Unterricht hergibt. Es haben sich daraus zum Teil ganz unhalt-

Digitized by Google

bare Verhältnisse entwickelt, die dahin führten, daß man nun mehr und mehr bestrebt ist, an den größeren Universitäten eigene Krankenhäuser einzurichten, wie es in Californien, in Ann-Arbor, Washington University St. Louis, in Minneapolis u. a. bereits der Fall ist. Diese Schwierigkeiten sind durchaus offen besprochen worden und überall ist man bestrebt, sie abzustellen. Aber im ganzen muß man *Flexner* darin zustimmen, daß die Art von Vollständigkeit und Homogenität vom Standpunkt der genügenden Bettenzahl, der Ausrüstung für Lehre und Forschung, der Kontrolle, der Ausbildung und Stetigkeit der Anlage, die für die medizinischen Fakultäten der nordeuropäischen Universitäten charakteristisch ist, heute noch in keiner einzigen Universität der Vereinigten Staaten zu finden ist.

Bezeichnenderweise haben die charitativ unterhaltenen Institute — ebenso wie die Stadtuniversitäten — viel mehr Geld wie die Staatsuniversitäten. Die letzteren sehen häufig vernachlässigt aus und man hat hier gar nicht den Eindruck, daß Amerika im Gelde schwimmt. Daher darf und muß man anerkennend betonen, daß manche Abteilungen eine erfolgreiche Tätigkeit entfaltet haben, trotz der entmutigenden Umstände, wie sie vor allem ein chronischer Geldmangel mit sich bringt. Im Grunde sind nur wenige Medizinschulen, seien sie nun unter staatlicher oder privater Leitung, in der Lage oder gewillt, die für den Betrieb einer modernen dermatologischen Abteilung notwendigsten Mittel zu bewilligen; ja, in manchen Fällen sind diese Abteilungen ganz auf ihre eigene Kraft angewiesen, sei es, daß private Spender immer und immer wieder herangezogen werden oder aber die Klinik in der glücklichen Lage ist, sich aus der Bezahlung für ihre Leistungen selbst zu erhalten. Es erscheint ganz selbstverständlich, daß unter diesen Bedingungen an die Opferwilligkeit der Ärzte und insbesondere der leitenden Ärzte weitgehende Anforderungen gestellt werden. Tatsächlich beziehen nur ganz vereinzelte Männer ein Gehalt aus ihrer Tätigkeit (s. u.). Für die Mehrzahl mag neben der, in jeder freiwilligen Tätigkeit für den Allgemeindienst liegenden Befriedigung die Tatsache anregend wirken, daß eben diese Tätigkeit im Rahmen eines anerkannten klinischen Instituts auch für die eigene private Praxis eine gewisse Empfehlung bedeutet.

In den meisten Fällen sehen wir mit der Klinik eine Poliklinik, die Dispensary, verbunden; aber an einzelnen dermatologisch sogar hervorragend versorgten Hospitälern (Columbia, Cornell, Bellevue u. a.) ist anderseits jedoch nur diese poliklinische Behandlung möglich. Gewöhnlich ist die dermatologische mit den anderen Kliniken in einem Gebäude untergebracht; nur sehr selten verfügt sie über eigene Gebäude. Für Privatkranke stehen meist keine eigentlichen Privatabteilungen zur Verfügung. Soweit nicht einzelne Privatkliniken herangezogen werden, erfolgt ihre Behandlung auf der privaten Abteilung des allgemeinen Krankenhauses, die von den verschiedensten Sonderfächern bedarfsweise belegt wird. In den großen New Yorker Hospitälern z. B. ist die Behandlung von Privatkranken direkt verboten, obwohl an einigen Plätzen für den Internisten und Chirurgen dieses Verbot durchbrochen zu werden scheint. Freibetten für die Behandlung bedürftiger Kranker stehen in den großen Städten hingegen reichlich zur Verfügung, werden doch z. B. im Cook-County-Hospital in Chicago gut ein Drittel aller Kranken umsonst verpflegt. Eine große Schwierigkeit besteht ferner darin, daß vielfach die Behandlung der Hautkrankheiten von der der Syphilis getrennt ist, daß außerdem die physikalische Therapie, soweit sie für unser Fach in Frage kommt,

Digitized by Google

nicht in dermatologischen Händen liegt. Gerade gegenüber den, auch bei uns immer und immer wieder auftauchenden zentralisierenden Bestrebungen im Röntgenbetriebe, sei die ablehnende Haltung aber auch aller amerikanischen Dermatologen besonders erwähnt, wenn sie dort auch, genau so wie hier, gegenüber vorhandenen und entstehenden Einrichtungen sich nicht immer durchzusetzen vermag.

3. *Dermatologische Lehrstühle. Unterricht. Austausch.*

Die Ausbildung des medizinischen Unterrichts in den Vereinigten Staaten hat im letzten Dezennium einen außerordentlichen Aufschwung genommen. Die Amerikaner verdanken diese Neuschöpfung — denn es war mehr wie eine bloße Neuorganisation — dem unerschütterlich auf seine Ziele hinarbeitenden Streben *Abraham Flexners*, ohne dessen Arbeit heute wirklich noch jener Typus des ärztlichen und wissenschaftlichen Geschäftlhubers vorherrschend sein würde, den uns *Sinclair Lewis* in seinem „Dr. Arrowsmith" so treffend geschildert hat. Uns Deutsche mag dabei die Tatsache mit besonderem Stolze erfüllen, daß *Flexner* unter der Literatur über die ärztliche Ausbildung — die seinen Reformplan weitgehendst beeinflußt hat — in seinem neuerdings auch in deutscher Übersetzung (Springer, 1927) erschienenen Werk über „Die Ausbildung des Mediziners" die deutsche als „bei weitem die reichlichste, sachdienlichste und gedankenvollste" bezeichnet hat. Das Verdienst *Flexners* mag die Feststellung beleuchten, daß er jene berüchtigten 400 oder mehr Medizinschulen, die sich durch örtlichen Zusammenschluß lose zusammenhängender Gruppen praktischer Ärzte in dem bekannten Schnellzugstempo amerikanischer Entwicklung gebildet hatten, zwangsläufig von 1910 ab dahin führte, entweder sich aufzulösen, oder aber ihre Einrichtungen und Anforderungen derart zu steigern, daß sie gewissen Mindestansprüchen genügen konnten. Heute finden sich noch etwa 80 Fakultäten, sicherlich auch für die U.S.A. noch reichlich viele. Der Erfolg dieses Wirkens ist naturgemäß erst in seinen ersten Anfängen sichtbar. Jene Studenten, die unter dieser neuen Ära ihre Ausbildung erhielten, sind heute zum großen Teil noch nicht zu Führern in Institut und Klinik herangereift. Die Leitung liegt vielfach noch in den Händen jener Forscher, die aus der Praxis hervorgegangen, durch einen kürzeren oder längeren Aufenthalt in Europa sich die Sporen zu ihrer Laufbahn verdienten bzw. unmittelbar aus Europa berufen wurden. Auf die wenigen bekannten Ausnahmen, die seit Jahren schon berühmten medizinischen Lehr- und Forschungsinstitute, wie Harvard, John Hopkins, Rockefeller, Mayo Foundatation u. a. brauche ich ja nicht besonders hinzuweisen. Ihre Leistungen sind hinlänglich bekannt.

Die meisten medizinischen Fakultäten Amerikas sind jetzt den Universitäten angegliedert, womit durchaus nicht gesagt sein soll, daß sie nun alle erstklassig eingerichtet wären. Im Gegenteil; wenn man von einigen wenigen absieht, die durch entsprechend große Stiftungen sicher und gut fundiert sind, leidet die große Mehrzahl von ihnen genau wie manche Krankenhäuser an Geldmangel und damit an Personal und Arbeitsmöglichkeiten. Die wenigen an der Spitze stehenden, mit vorzüglichen Laboratorien und Krankenabteilungen, können den Wettbewerb, sowohl was wissenschaftliche Leistungen wie Krankenbehandlung anbetrifft, mit jeder europäischen Einrichtung aufnehmen.

Die *medizinische Ausbildung* weicht von der unsrigen insoweit ab, als 4 Jahre Studium vorgesehen sind, wobei allerdings die naturwissenschaftlichen Fächer als schon vorher im College abgetan gelten. Eine strenge Scheidung

Digitized by Google

teilt den Unterrichtsplan in theoretische und medizinisch-klinische Fächer für die ersten bzw. letzten beiden Jahre, wobei im Unterschied zu unseren Lehrplänen Pharmakologie, Pathologie und Bakteriologie bereits in die erste Hälfte des Studiums fallen. Die Ablegung der jährlichen Examina führt dahin, daß die Leistung des einzelnen Studenten eingehend und dauernd geprüft wird. Es werden dadurch weniger Leistungsfähige ausgeschieden; meist gehen diese allerdings — leider — der Medizin nicht verloren, da sie in weniger anspruchsvollen Instituten immer noch zu weiterem Studium angenommen werden. Im großen ganzen ergibt sich hieraus eine stärkere Anlehnung an den Schulbetrieb wie bei uns, die sich besonders augenfällig in der für das Gesamtstudium der Medizin vorgeschriebenen Stundenzahl äußert, die zwischen 3500—5000 Stunden schwankt; die höchste Zahl erreicht das College of Medical Evangelists in Californien mit durchschnittlich 1200 Stunden jährlich. Der wertvollste Grundsatz unseres Studienganges: Die Lernfreiheit, muß dabei naturgemäß vollkommen zurücktreten. Dies ist jedoch nicht überall der Fall. Einzelne Universitäten gewähren auch eine etwas größere Freiheit (z. B. Harvard).

Die *Stellung des Lehrers* an den amerikanischen Hochschulen ist eine von der unseren erheblich abweichende, besonders für die klinischen Fächer. An den meisten Medizinschulen ist der Lehrer gleichzeitig gezwungen, neben seiner Unterrichtstätigkeit eine ausgedehnte Praxis zu betreiben, da die Einstellung klinischer Vollprofessoren (full time men) im Vergleich zu unseren Verhältnissen noch sehr selten ist. Im ganzen haben bis 1924 nach *Flexner* nur etwa 30 klinische Vollprofessorenstellen bestanden, eine Zahl, in die Kanada einbegriffen ist. Es ist mit dieser Einstellung als Vollprofessor die Verpflichtung verbunden, die volle Zeit dem Krankenhaus und der medizinischen Fakultät zum Zwecke der Krankenversorgung, des Unterrichts und der Forschung zu widmen. Dabei hat der full time man durchaus das Recht, innerhalb oder außerhalb des Krankenhauses Patienten zu besuchen und zu behandeln, d. h. im Grunde genommen liegen die Verhältnisse für sie ähnlich wie bei uns. Da der gesamte Dienst naturgemäß durch diese Festangestellten allein nicht ausgeführt werden kann, finden sich auch neben ihnen noch teilweise beschäftigte Männer, die nebenbei unterrichten und hauptberuflich eine Praxis in der Stadt ausüben. Es hat diese Art der Regelung den Vorteil für sich, daß der Student von vornherein mit Lehrern in Berührung kommt, die die ärztliche Tätigkeit so kennen, wie sie die tägliche Praxis mit sich bringt. Dies hat sicher vieles für sich. Während der deutsche Student mit dem Staatsexamen eine häufig ausgezeichnete, zum mindesten aber ausgedehnte wissenschaftliche Grundlage hat, ihm aber sonst das rein technische wie auch rein persönliche Rüstzeug des Arztes noch vielfach mangelt, kann der U.S.A.-Student vieles davon in den Kursen aufnehmen.

Der Unterricht des Mediziners erfolgt meist in kleinen Vorlesungen. Eine unverhältnismäßig große Zahl von Lehrern steht für die häufig willkürlich beschränkte Zahl der Studierenden zur Verfügung. Dies ermöglicht gerade für den Mediziner eine Ausbildung, die ihm nicht nur ärztliche, sondern auch Persönlichkeitswerte zu übermitteln gestattet. Weder das äußerliche Allgemeinbildungsziel des Engländers, die Erziehung zum „Gentleman", noch das deutsche spezialisierte Fachstudium wird als ideal anerkannt, wenn auch zuzugeben ist, daß hier in einzelnen Gegenden erhebliche Unterschiede bestehen, wie das aus den Beziehungen zu den verschiedenen Mutterländern ja

Digitized by Google

ohne weiteres verständlich erscheint. An die 4 Unterrichtsjahre schließt sich 1 Jahr Tätigkeit als „Intern" an irgend einem Krankenhause an, die unter Aufsicht von älteren Assistenzärzten und den leitenden Ärzten durchgeführt wird. Hier haben sich in den letzten Jahren die „post-graduate schools" (wie z. B. die Mayo-Foundation) eine anerkannt führende Stellung erworben. Bei der weitgehenden Entlastung durch technische Assistentinnen und Schreibhilfen, wird in diesen post-graduate schools dem angehenden Arzt volle Zeit und Gelegenheit geboten, sich ganz der ärztlichen Seite seiner Tätigkeit zu widmen.

Der Grundsatz maximaler Arbeitsleistung bei möglichst geringer Belastung, dazu weitgehende Arbeitsteilung, ist auch hier besonders klar durchgeführt. Nicht nur Urin-, Stoffwechsel-, Blut-, bakteriologische und serologische Untersuchungen, sondern auch die Blutentnahmen selbst und die intramuskulären sowie intravenösen Injektionen, auch die zahlreich angewandten Hauttests für Überempfindlichkeitsreaktionen usw. werden nach Möglichkeit vom Hilfspersonal ausgeführt. Überall der Grundsatz, die wertvollere Arbeitskraft von schematischer Arbeit möglichst zu entlasten, um sie so für die eigentliche ärztliche Aufgabe freizuhalten. Diese kurze Übersicht über die allgemeinen Unterrichts- und Studienbedingungen schien für das Verständnis des Folgenden notwendig.

Wie für jeden anderen, bedeuten auch für den dermatologischen Unterricht viele der vorhergehend angeführten Umstände eine gewisse, manchmal sogar eine außerordentliche Erschwerung. Es mag überraschen, daß selbst heute noch einige der zur Gruppe A zu zählenden Medizinschulen der Dermatologie gleichgültig gegenüber stehen. Vollprofessuren für Dermatologie bestehen tatsächlich nur in Ann-Arbor *(Udo J. Wile)*, in Philadelphia *(Stokes)* und Chicago *(Senear)*, deren Gehalt zwischen 4000—8000 Dollar im Jahr schwanken dürfte. Auch dort handelt es sich also nur um sogenannte half time men, die gezwungen sind, ihren Unterhalt im wesentlichen aus Privatpraxis zu bestreiten. Auch Vollassistenten sind unbekannt. Soweit nicht jüngere Ärzte zu ihrer Ausbildung eine freiwillige Tätigkeit übernehmen, handelt es sich bei ihnen um Praktiker, die ihre freie Zeit dem klinischen Betrieb und Unterricht widmen. Selbst in den auf Grund der Einteilung der American Medical Association in die Klasse A einzuordnenden Medizinschulen sind also die Möglichkeiten des dermatologischen Unterrichts sehr verschieden und durchaus nicht immer erstklassig zu nennen. Wie aus der wertvollen Zusammenstellung von *C. G. Lane* hervorgeht, erfolgt der Unterricht in der Dermatologie meistens (in 28 Schulen) sowohl im 3. wie im 4. Jahre, in einer nur im 4., in vier nur im 3. Jahre. Für die vergleichende Bewertung des Unterrichts ist zu berücksichtigen, daß die Zahl der Gesamtstudierenden an den einzelnen Schulen erhebliche Unterschiede aufweist von etwa 100—600 Hörern, daß — ein für den klinischen Unterricht wichtiger Umstand — in Städten von 10000 bis zu 5 Millionen Einwohnern liegen, Zustände, die naturgemäß — ganz abgesehen von den zur Verfügung stehenden Mitteln — erhebliche Unterschiede in den allgemein medizinischen sowohl wie auch dermatologischen Unterrichtsmöglichkeiten bedingen. Überraschenderweise zeigt sich, daß in 18 dieser Schulen getrennte Abteilungen, auch verwaltungstechnisch, für Dermatologie und Syphilis bestehen. An 15 Schulen besteht nur eine dermatologische Abteilung; von diesen lehren 6 gleichzeitig die Kenntnis der Syphilis. An 15 Schulen wird Dermatologie im Rahmen der Abteilung für innere Medizin gelehrt, sei es, daß es sich

Digitized by Google

lediglich um eine nominelle Beziehung handelt, sei es, daß der dermatologische Unterricht tatsächlich von Mitgliedern der medizinischen Abteilung erteilt wird. Nur in 3 Schulen erfolgt der dermatologische Unterricht im Rahmen der chirurgischen Abteilung. Der Unterricht in der Syphilislehre wird in 38 Schulen gleichzeitig mit der Dermatologie betrieben, in 18 in einer besonderen Abteilung, in 10 in der medizinischen, in 3 in der chirurgischen Klinik, in 2 Schulen im Zusammenhang mit der Urologie, die ja, im Gegensatz zu unsern Verhältnissen, auch die Gonorrhoebehandlung umfaßt.

Die Zahl der dermatologischen Lehrkräfte wechselt naturgemäß ebenfalls erheblich; an 19 Schulen sehen wir als Lehrer einen Professor oder einen associate professor der Dermatologie. An 5 Schulen finden sich Lehrstühle sowohl für die Dermatologie wie für die Syphilislehre. An einer Schule eine besondere Professur nur für Syphilis. Die Gesamtzahl der Lehrer wechselt von 4 Schulen mit je einem Lehrer, über 14 Schulen mit 2 Lehrern, 7 mit 3, 6 mit 4, 7 mit 5, 5 mit 6, 3 mit 7, 4 mit 8, 2 mit 9, 2 mit 10, 1 mit 11, 1 mit 15 Lehrern. (Zusammengestellt von *Lane* auf Grund der Vorlesungsverzeichnisse des Jahres 1925/1926.) Kurz erwähnt wurden bereits die sogenannten post-graduate schools, wie wir sie in Philadelphia *(Schamberg)*, in Rochester (an der Mayo-Clinic, *P. A. O'Leary*), The New York Post-Graduate Medical School and Hospital *(Mac Kee)* sehen. Ihre Aufgabe entspricht in etwa jener unserer, leider zu Universitäten zurückgebildeten medizinischen Akademien; denn ihre vornehmste Aufgabe sehen sie darin, nach abgeschlossenem allgemein-medizinischen Studium ihren Schülern eine besonders gründliche klinische bzw. Spezialausbildung zu gewähren. Auch der Weg des Hochschullehrers soll jetzt durch diese post-graduate schools führen. Besonders bemerkenswert erscheint es, daß an diesen Instituten — wie z. B. an der Mayo-Clinic — nicht nur die ärztlich-wissenschaftlichen, sondern auch die menschlichen Qualitäten der „Schüler" (Führerbegabung, Kameradschaftsgeist, Eigenbrödelei usw.) gutachtlich festgelegt werden.

Der Unterricht an den einzelnen Schulen wird naturgemäß außerordentlich verschieden gehandhabt. Auf Grund der oben erwähnten Zusammenstellung erfolgt an 34 Schulen klinischer, an 33 lediglich theoretischer Unterricht; soweit man für den letzteren sich die Stellungnahme von *Lane* zu eigen machen darf, ohne Krankenvorstellung. An den meisten Schulen dürfte der dermatologische Unterricht in kleinen Gruppen in der Dispensary erfolgen.

Die Zahl der dem Unterricht in Dermatologie und Syphilis gewidmeten Stunden ist ebenfalls eine sehr verschiedene. Wenn man auch mit *Flexner* und *Lane* darin übereinstimmen darf, daß es weniger auf die Zahl ankommt als den Geist, der in den Stunden herrscht, so muß doch betont werden, daß gerade für unseren, in der Hauptsache doch auf visuelle Eindrücke aufgebauten Unterricht, diese Frage eine gewisse Bedeutung erhält. An 7 Schulen standen mehr wie 100 Stunden, an 12 Schulen 80—100, an 13 Schulen 60—80, an weiteren 13 40—60, an 8 Schulen nur 20—40 Stunden zur Verfügung; schließlich erwähnt *Lane* noch eine Schule, wo Dermatologie überhaupt nicht verlangt und nur 16 Stunden über Syphilis gelehrt wird. Im Durchschnitt dürfte etwa mit insgesamt 65 Stunden zu rechnen sein, eine Zahl, die die unserer dermatologisch-venerologischen Pflichtkollegs (Praktikantenschein!) allerdings immer noch erheblich übertrifft. Auf Grund der Verhältnisse an 33 Schulen berechnet *Lane* für die Dermatologie einen Anteil von 0,9—2,8% der gesamten Unterrichtszeit.

Digitized by Google

Dieser Unterricht erfolgt im allgemeinen sowohl theoretisch wie praktisch und in den meisten Fällen in kleinen Gruppen. Er ist in erster Linie jedoch aufs Praktische eingestellt, dabei oft sehr gründlich, um nicht zu sagen einpaukend. Im allgemeinen ist man bemüht, den Hörern die Dermatologie auf morphologischer Grundlage beizubringen. Versuche, die Dermatosen möglichst nach Ätiologie und Pathogenese zu benennen, lehnt man vorläufig noch ab. *Propädeutischer Unterricht* erfolgt nur an einigen besseren Schulen; hier findet sich dann vielfach auch noch die Einrichtung, nach Art eines Seminars die einzelnen Fälle mit den älteren Studenten zu diskutieren. Eine besondere Note erhält der Unterricht in der Dermatologie noch durch die Tatsache, daß auf Grund privater Übereinkunft an einzelnen Schulen eine Art von *Dozenten-Austausch* versucht und erfolgreich zur allgemeinen Befriedigung durchgeführt werden konnte. So wechselten hier und da *Ormsby* in Chicago und *Wile* in Ann-Arbor, wie auch andererseits *Ormsby* und *Mc Ewen* in einem gewissen Turnus in ihrem Unterricht abwechselten. Im beiderseitigen Interesse wäre auch die Einrichtung derartiger Austauschprofessuren zwischen europäischen und amerikanischen Kliniken freudig zu begrüßen. Für Lehrstuhlinhaber selbst wird es sich dabei naturgemäß um ein stets nur mit großen Opfern zu erreichendes Ziel handeln, da die Einnahmen aus privater Praxis sowohl bei uns als wie besonders auch drüben eine erhebliche, wenn auch bei uns ja durchaus nicht die einzige Möglichkeit zur Sicherung des Lebensunterhaltes darstellen. Leichter wäre eine derartige Absicht schon für die Dozenten, aber auch für jüngere Assistenten durchzuführen. Hier fand ich an verschiedenen Stellen eine erfreuliche Bereitwilligkeit, für 6 Monate bis zu 1 oder gar 3 Jahren jüngere Dermatologen aufzunehmen, die sich allerdings neben freier Station mit einem bescheidenen Monatsgehalt begnügen müßten. Aber es wurde wiederholt als außerordentlich wünschenswert bezeichnet, auch die führenden europäischen Dermatologen zu einer Reihe von Vorträgen an den verschiedenen Universitäten drüben zu sehen. Für 6—8 Wochen hofft man auf diese Weise dem Einzelnen eine Lehrtätigkeit zu ermöglichen, die ihn mit den verschiedensten medizinischen Zentren in Berührung bringt und ihm so Gelegenheit gibt, neben der Wissenschaft und ihren Vertretern mit ihrer so überaus großzügigen Gastfreundschaft, die besonderen wirtschaftlichen und landschaftlichen Eigentümlichkeiten des großen amerikanischen Landes kennen zu lernen. Eine ausreichende Beherrschung der englischen Sprache erscheint allerdings ebenso notwendig wie eine völlige Zurückhaltung von allem, was irgendwie als Privatpraxis gedeutet werden könnte.

Für den amerikanischen Arzt bestehen bei einem solchen Austausch ungleich größere Schwierigkeiten, da er einmal kaum in der Lage sein dürfte, den Notwendigkeiten gerecht zu werden, wie sie die enge Beziehung zwischen klinischem Assistenten und Kranken bei uns mit sich bringt und zum anderen seinem unabhängigen Charakter auch das Einleben in unseren, meist etwas straffer gehandhabten, klinischen und wissenschaftlichen Betrieb nicht eben leicht sein dürfte. In den meisten Fällen wird es sich daher für die Amerikaner bei uns wohl mehr um eine rein wissenschaftliche Tätigkeit handeln müssen, wie sie ja vereinzelt schon erfolgreich durchgeführt wurde.

Die Krisis, welche zur Zeit die Frage der *medizinischen Ausbildung* durchmacht, hat naturgemäß auch die Dermato-Venerologie ergriffen. Das gleiche Problem: Bewältigung des stetig anwachsenden Wissensstoffes unter möglichst geringer Verlängerung der Ausbildungszeit, beschäftigt die amerika-

Digitized by Google

nische ärztliche Welt genau so wie die unsrige. Der auf das rein Praktische und vor allem das Wesentliche gerichtete Blick des Amerikaners strebt dabei zu einer vielleicht doch zu radikalen Lösung. In den drei bedeutendsten Medizinschulen (Harvard, John Hopkins, Columbia N.Y.) geht die Tendenz dahin, jegliche fachärztliche Ausbildung aus dem eigentlichen medizinischen Studium auszuschalten und auf die Zeit nach der Abschlußprüfung zu verweisen. Es handelt sich dabei nicht etwa um eine Zurücksetzung der Sonderfächer; diese sollen lediglich aus dem allgemeinen Lehrplan herausgenommen und den post-graduate schools bzw. freiwilligem Studium überlassen bleiben. Eine solche Stellungnahme scheint unbedingt zu weitgehend. Betrachtet man z. B. unser Sonderfach — und nur für dieses möchte ich mir ein Urteil erlauben—, so wird sicherlich auch bei uns an manchen Universitäten des Guten zu viel geboten. Nicht nur in dem Sinne, daß dem Studierenden zu häufig die seltenen oder interessanten Krankheitsbilder vorgeführt werden; es wird vielfach auch die gesamte Problematik unserer pathogenetischen Betrachtungsweise und unseres therapeutischen Vorgehens im breiten Rahmen vor ihm erörtert. Gerade diese glückliche Verschmelzung von Theorie und Praxis ist es ja, welche dem deutschen medizinischen Unterricht seine anerkannte Stellung in der wissenschaftlichen Welt verschafft hat. Wenn man jedoch dann abschließend feststellen muß, wie wenig von diesen Dingen haften bleibt, wie schließlich ob der Vielheit der Sonderfächer und ihrem reichen Gehalt dem Studierenden nicht nur die grundlegenden Zusammenhänge verloren gehen, sondern ihm nicht einmal die Zeit bleibt zur Durcharbeit des in den Vorlesungen Gesehenen und Gehörten, so muß man sich doch ernstlich die Frage vorlegen, ob nicht eine weise Beschränkung auf das für den Praktiker Wichtige der rein ärztlichen Ausbildung besser gerecht zu werden vermag. Zwar wird dadurch im Einzelfall und für das einzelne Sonderfach der Unterricht vielleicht in mancher Hinsicht ganz von selbst ein mehr schulmäßiges Gepräge erhalten. Den Wünschen nach Vertiefung des Gebotenen wäre dann aber um so leichter in besonderen Vorlesungen Rechnung zu tragen. Hier könnte das Niveau um so höher sein, als ja alle elementaren Kenntnisse aus der Pflichtvorlesung bekannt sein dürften. Für diese letztere wäre als Haupterfordernis anzustreben — und darin stimme ich mit meinen amerikanischen Freunden durchaus überein — die Erziehung zu unbedingter Sicherheit in Diagnose und Differentialdiagnose der Syphilis und der Tuberkulose der Haut sowohl wie der angrenzenden Schleimhäute, der cancerösen und präcancerösen Dermatosen, der banalen Hautkrankheiten (Ekzem, Psoriasis, pyogene und mykogene Dermatosen). Auf die Behandlung wäre ein größeres Gewicht zu legen. Wie überall, so wird auch hier schließlich die Persönlichkeit des Lehrers von entscheidender Bedeutung sein.

Im *dermatologischen Unterricht* bevorzugt der Lehrer an den amerikanischen Medizinschulen nach Möglichkeit die Krankenvorstellung. Die rein didaktische Methode wird mancherorts zwar immer noch betrieben (s. o.), tritt aber immer mehr zurück gegenüber klinischer Belehrung in kleineren Gruppen (bis zu 8) für kürzere und größeren Gruppen (bis zu 40 und mehr) für längere Zeit. Klagen über die übergroße Zahl der zu Unterrichtenden wurden wiederholt vorgebracht. Versuche zur Besserung darf man in der oben erwähnten Gruppenbildung sehen, die sich ja dort, wo mehrere Lehrkräfte zur Verfügung stehen, leicht durchführen läßt. Nachbildungen von Hautkrankheiten, sei es in Bildern oder in Moulagen, werden nur als Notbehelf dort angewandt, wo

Digitized by Google

das Krankenmaterial nur spärlich fließt. Die Verwertung histologischer Schnitte und Abbildungen zur Förderung des Verständnisses des formal-pathogenetischen Geschehens in der Haut, wie sie sich — allerdings auf einer guten allgemein pathologisch-anatomischen Grundlage — bei unsern deutschen Studenten ganz ausgezeichnet bewährt hat, wird nur vereinzelt betrieben, dieser Mangel jedoch allgemein bedauert. Verantwortlich gemacht wird dafür einmal der Mangel bzw. die Seltenheit pathologisch-histologisch von Grund auf geschulter Lehrkräfte, zum andern aber auch das Überwiegen der physiologisch-funktionellen Methodik im Lehrplan der amerikanischen Medizinschulen.

Die *Ausbildung des Medizinstudierenden in der Dermatologie* erfolgt meist in den Ambulatorien. Die *Anforderungen* an diese Fachausbildung sind jedoch sehr verschieden, da in den einzelnen Staaten der Union keinerlei allgemeine Regelung besteht. Da auch eine offizielle Bezeichnung als „Facharzt" nicht in Frage kommt, wird es begreiflich, daß sich jemand der Dermatologie zuwenden konnte und kann, nachdem er — wie das in früheren Jahrzehnten die Regel gewesen sein soll und ja auch bei uns wohl ab und zu vorgekommen ist — einen 6—8wöchigen fachärztlichen Kursus in einer der großen Zentren oder gar in Europa durchgemacht hat. Die führenden dermatologischen Gesellschaften stellen allerdings als Voraussetzung der Mitgliedschaft andere Ansprüche (s. u.).

In der ärztlichen *Abschlußprüfung* ist die Dermatologie durchaus nicht überall vertreten, wenn auch die besseren Schulen eine Prüfung verlangen. Diese beschränkt sich allerdings gewöhnlich auf 10—12 Fragen ohne praktische Beurteilung am Kranken. Auch die Anforderungen während der, unserem praktischen Jahr in etwa entsprechenden, „internship", sind sehr verschieden. An manchen Stellen sind 2 Monate dermatologischer Tätigkeit für den „Intern" obligatorisch, an anderen Schulen wieder, und dazu gehört z. B. die Rush Medical School, besteht für Dermatologie weder Zwangsinternship noch Zwangskolleg noch Prüfung für den Studenten. Dermatologie hören müssen nur diejenigen, welche sich freiwillig dazu bei Kursbeginn gemeldet haben; einem Examen zu unterwerfen brauchen sich nur diejenigen, welche diese Kurse gehört haben. Obwohl also dem Studenten im Gegensatz zu den sonstigen amerikanischen Gepflogenheiten, hier eine Lernfreiheit gewährt wird, wie man sie nicht einmal in Deutschland findet, machen doch die meisten von der Gelegenheit, Dermatologie zu hören Gebrauch, womit ja gleichzeitig das beste Urteil über den Wert dieses Unterrichts abgegeben ist. Ein Examen in Dermatologie bzw. Venerologie wird nur verlangt und ist dann allerdings obligatorisch, wenn jemand das große Allgemeinexamen (National Board Examination) ablegen will, welches erst neuerdings eingeführt wurde und dem Absolventen erlaubt, in der Mehrzahl der Staaten der Union (sowie in England und Schottland, Porto Rico, Hawai, Panama-Kanalzone) zu praktizieren. Bestimmte Vorschriften über die Dauer der dermatologischen Ausbildung bestehen also nicht; an sich könnte jeder sich Dermatologe nennen, wenn er die Schule verläßt. Allerdings wird neuerdings eine gewisse Regelung angestrebt. Diese beruht nicht auf staatlicher, sondern auf rein privater Initiative. So verlangt die größte und maßgebende Ärzte-Organisation, die American Medical Association, für eine Spezialität 3 Jahre Spezialstudium und 2 Jahre praktische Ausbildung. Daher bedarf es — neben allem anderen (s. o.) — einer mindestens 5jährigen fachärztlichen Tätigkeit zur Aufnahme in die American Dermatological Association. Eine Bezeichnung als Facharzt auf dem Arzt-

Digitized by Google

Schild kennt man nicht; man schickt lediglich eine Nachricht an die Kollegen, daß man sich als Dermatologe niedergelassen habe.

Das *Hauptinteresse* des amerikanischen Medizinstudierenden *vor dem Staatsexamen* ist mehr praktischen Dingen zugewandt, besonders der Therapie. Dermatologische Forschungsarbeit kann zwar in den einzelnen Laboratorien im vierten Jahre betrieben werden, viel Interesse besteht jedoch unter den Studierenden dafür nicht. Von den Laboratoriumswissenschaften finden dabei Serologie und Bakteriologie nur sehr wenig, die pathologische Histologie in den letzten Jahren steigendes Interesse. In besonders großem Ausmaß ist dieses allerdings der physikalischen Chemie zugewandt. Besondere Vorlesungen über einzelne Forschungszweige der Dermatologie wie: Strahlentherapie, Syphilisbehandlung, Histologie, werden zwar gelesen, gewöhnlich allerdings nur von den dermatologisch besonders interessierten post-graduates gehört. Die Serologie wird vom Nichtdermatologen gelehrt; hingegen ist die Strahlentherapie vielfach mit der Dermatologie vereinigt, und wo sie getrennt ist — wie z. B. an der Mayo Clinic —, muß dies als großer Nachteil betrachtet werden. Die Geschichte der Dermatologie findet — soweit ich meinen Aufzeichnungen entnehmen kann — nur an einer einzigen Stelle, und zwar gewissermaßen zur Einführung in das Fach, Berücksichtigung.

In den *postgraduate schools*, von deren außerordentlich hohem Wert für die Ausbildung in den verschiedenen Sonderfächern ich mich bei meinem mehrmonatigen Aufenthalt an der Mayo Clinic restlos überzeugen konnte, wird der Unterricht anders gehandhabt. Die in der Regel die Zahl von 8—10 Assistenten nicht übersteigende Klasse untersucht gemeinsam den einzelnen Kranken bzw. ein Schüler hat die Voruntersuchung durchzuführen. Auf Grund des klinischen Bildes erfolgt die differential-diagnostische Erörterung, unter steter Berücksichtigung des Gesamtbefundes, wie er auf Grund der Untersuchungen auf den verschiedenen Abteilungen vorliegt. Die Erleichterung, welche dieses stete Zurückgreifenkönnen auf die Ergebnisse der verschiedenen Sonderfächer gewährt, bedeutet meines Erachtens für den Lernenden allerdings auch eine große Gefahr; sie kann allmählich das eigene Interesse an der Untersuchung der Gesamtpersönlichkeit des Kranken zurückdrängen. Unter Verwertung des gesamten Befundes kommt man dann schließlich zu der Diagnose. Dabei wird auch der histologische Befund weitgehendst berücksichtigt. In idealer Form ist dies übrigens auch von *Schamberg* in *Philadelphia* durchgeführt. Hier wird der einzelne Krankheitsfall so weit vorbereitet, daß bei der Besprechung mit dem Patienten gleichzeitig der histologische Schnitt vorhanden ist.

Derartige *Schulen für dermatologische Fachausbildung* nach dem Staatsexamen gibt es mehrere. Die erfolgreichsten sind nach meinen Gewährsleuten die Mayo Clinic, die postgraduate schools der University of Pennsylvania in Philadelphia, in Ann-Arbor und in St. Louis. Die neugegründete dermatologische Abteilung der New York postgraduate school unter Leitung von *Mac Kee* wird sicherlich mit an führender Stelle stehen. Kürzere Kurse in Dermatologie und Syphilis für Graduates werden an einer ganzen Reihe von Kliniken geboten, wie die nachfolgende Aufstellung aus dem Jahre 1926/27 zeigt.

Dermatologie wird kursmäßig betrieben an der Chicago Policlinic, Columbia University College of Physicians and Surgeons New York, Cook County Hospital, Chicago (Residencies), Cornell University Medical College, Harvard Medical School, Johns Hopkins Hospital (Residencies), Mount Sinai Hospital,

Digitized by Google

New York City (Residencies), New York Policlinic Medical School and Hospital, New York Post-Graduate Medical School, New York Skin and Cancer Hospital, Stanford University School of Medicine, Tulane University Graduate School of Medicine, University of California Graduate Division, Berkeley. University of Minnesota Graduate School of Medicine (Fellowship), Mayo Foundation, University of Pennsylvania Graduate School of Medicine;

Syphilologie an der Columbia University College of Physicians and Surgeons, Harvard Medical School, New York Policlinic Medical School and Hospital, New York Skin and Cancer Hospital, Stanford University School of Medicine, University of California Graduate Division, Berkeley, University of Pennsylvania Graduate School of Medicine, Yale University School of Medicine.

Da die oben erwähnten Schulen auch dem ausländischen Besucher die besten Möglichkeiten bieten, wurden sie hier besonders aufgeführt. Der Unterricht in diesen Kursen ist für kürzere Zeit wohl allgemein unentgeltlich, für länger dauernde Kurse wird Bezahlung verlangt. Überall dort, wo der Lernende gleichzeitig sich dem klinischen Betriebe der Anstalt widmet (Residences, Fellowships), wie z. B. bei den Mayos, wird sogar ein gewisses Existenzminimum gewährt.

Besonders erwähnenswert scheint mir noch, daß die meisten der amerikanischen Kollegen den sogenannten *Aufklärungsvorträgen für junge Leute und Schüler* im großen und ganzen ablehnend gegenüber zu stehen scheinen. Vielfach wurde betont, daß diese mehr schaden wie nützen. Diese ablehnende Stellungnahme muß um so mehr überraschen, als ja im übrigen die amerikanische Öffentlichkeit mit Vorträgen hygienischen und allgemein medizinischen Inhalts geradezu überschwemmt wird. Bezeichnend für die amerikanische Betrachtungsweise dieser Frage schien es mir, wenn immer wieder betont wurde, wie vorsichtig man in solchen Dingen vorgehen müsse, ja, daß sogar auf Wunsch der Eltern vielfach die Namen der Krankheiten nicht einmal genannt werden dürften.

4. Praxis und wirtschaftliche Lage.

Die wirtschaftliche Lage des dermatologischen Praktikers in den Vereinigten Staaten darf man wohl im Vergleich zu der unsrigen als eine außerordentlich günstige bezeichnen. „It has always been and still is a lucrative field scientifically; it is now a lucrative field financially. Partly because dermatologists are practicle people, but mostly because of necessity, evolution has been largely along practical lines" *(Mac Kee)*.

Der Grundsatz des „help yourself", wie er sich drüben durchgesetzt hat, ist für die Erziehung eines Volkes zur Selbständigkeit von außerordentlich weittragender Bedeutung. Er spielt auch für die gesundheitlichen Verhältnisse, für die Beziehungen zwischen Arzt und Kranken eine wichtige Rolle. Wir finden dabei das gleiche Streben nach Vertiefung, nach Vermenschlichung des ärztlichen Berufes, wenn man so sagen darf, wie bei uns. Dabei scheint mir dieses Problem drüben durchaus nicht so dringend wie bei uns; denn es wird dem Arzte in Amerika diese rein menschliche Seite seiner Tätigkeit durch die günstige Wirtschaftslage außerordentlich erleichtert. Aber es ist nicht allein die wirtschaftliche Lage. Jenes „help yourself", das als oberster Leitsatz amerikanischer Einstellung zum Leben betrachtet werden darf, hat eine eigentliche soziale Fürsorge im Sinne unserer Kranken-, Invaliden- und Altersversicherung

Digitized by Google

über einige private und kümmerliche Ansätze nicht hinauskommen lassen. Der gleiche Stolz, der den „Citizen" jede Bevormundung durch Dritte ablehnen läßt, heißt ihn auch hier für sich selbst sorgen. Dieses „Fürsichselbstsorgen" ist natürlich drüben in einem ganz anderen Maße möglich wie bei uns. Nicht etwa so, als ob jeder zu Wohlstand oder gar Reichtum käme — die meisten Leute leben auch drüben von der Hand in den Mund—; aber jeder hat doch stets und ohne weiteres die Möglichkeit zur Arbeit. Vorläufig wenigstens kennen die U.S.A. — bei meinem Aufenthalt in den Vereinigten Staaten 1926/27 — dank der zielbewußten Einwanderungspolitik das Arbeitslosenproblem noch nicht. Der Ertrag dieser Arbeit gewährt nicht nur das zum Leben unbedingt Nötige, sondern er erlaubt darüber hinaus auch dem einfachen Arbeiter, sich viele der sogenannten Annehmlichkeiten des Daseins — für ihn sind Auto, Kino, Radio das ja wirklich — zu verschaffen. Er erlaubt ihm andererseits auch, sich bei Krankheitsfällen ohne weiteres an den Arzt bzw. die Klinik zu wenden und diesen ihre Leistungen entsprechend zu vergüten. Das Gefühl der Verpflichtung im kaufmännischen Sinne, das beim Amerikaner meist sehr ausgeprägt ist, sichert dem Arzt auch dann eine gute Bezahlung, wenn diese nicht sofort erfolgt. Sie wird um so höher ausfallen können, je wertvoller die ärztliche Gegenleistung erscheint. Für den Kranken bedeutet unter *jenen* Umständen die Krankheit ein schlechtes Geschäft, das er möglichst schnell abwickeln will, für den Arzt unter *diesen* Umständen die schlechte Leistung. Es besteht folgende enge Bindung: Krankheit hindert an der Arbeit, damit am Erwerb des Geldes, das nicht nur zum Leben ausreicht, sondern das bei der guten Bezahlung auch ein angenehmes Dasein ermöglicht. Daher ist „Kranksein" ein schlechtes Geschäft, das möglichst schnell zum Abschluß zu bringen ist, zum guten wie zum schlechten Ausgang. Hier spielt auch die Rücksichtnahme auf die Angehörigen mit; man will diesen und sich selbst ein langes Siechtum ersparen; daher auch eine weitgehende Operationsfreudigkeit. Der Arzt kann aber an seinem Patienten auch mehr Interesse nehmen als bei uns; statt der beispielsweise 50 und mehr Kranken, die unser Kassenarzt täglich beraten muß, um sich ein Auskommen zu sichern, erreicht der amerikanische Kollege dieses Ziel vielleicht schon mit 10 Beratungen. Der Kranke kann gar nicht das Gefühl haben, lediglich eine Nummer im Kunden- und vor allem im Kassenrechnungsjournal zu sein, sondern er fühlt sich als ein Mensch, der zahlt und sogar sehr gut zu zahlen gewillt ist, wenn er dafür eine gute Leistung sieht. Im letzten sind es also weniger rein ethische Gründe, sondern die rein praktische Folge der Einstellung des Amerikaners zu Krankheit und Beruf. Jene schädigt ihn und bedeutet auf alle Fälle niemals Erholung, Ausruhen, bessere Tage, wie leider so oft bei uns.

Man kann zwei Formen unterscheiden, in welchen die *dermatologische Praxis* betrieben wird. Bei der einen spielt sich der ganze Betrieb in zwei Zimmern ab, nämlich dem Warte- und Sprechzimmer; des Arztes Tätigkeit beschränkt sich auf die klinische Diagnose und die entsprechende Verordnung. Wenn irgendeine Laboratoriumsuntersuchung, eine chirurgische, intravenöse oder physikalische Therapie notwendig wird, überweist er den Kranken an eine andere Stelle. Der andere Typus hat sich eigentlich erst innerhalb der beiden letzten Dekaden entwickelt; er hat wohl am meisten mit zur Vervollkommnung der amerikanischen Dermatologie beigetragen. Dieser „moderne" Dermatologe betrachtet seine Kranken sowohl vom Standpunkt des Internisten wie des Dermatologen und des Forschers. Die gesamte Laboratoriumsdiagnostik

Digitized by Google

einschließlich Serologie, Bakteriologie, Histologie und Dunkelfeld steht ihm in seinen eigenen Räumen zur Verfügung. Röntgen und Radium, Höhensonne und Elektrolyse, Methoden für Kälte- und Hitzebehandlung, Diathermie und kleine Chirurgie werden eigenhändig oder von ärztlichen bzw. technischen Assistenten oder Assistentinnen ausgeübt. Gerade diese Hilfskräfte werden weitgehendst herangezogen. Ein derartig wohl ausgerüsteter Dermatologe ist ein sehr beschäftigter Mann, und er trägt eine hohe, wirtschaftliche, moralische und gesetzliche Verantwortung. Dieser Typus wird als das Ideal des amerikanischen Dermatologen betrachtet, der die amerikanische Dermatologie zu ihrer jetzigen Höhe gebracht hat *(Mac Kee)*.

Die *wirtschaftlichen Aussichten* für den guten Dermatologen dürfen daher auch noch in den großen Städten als sehr gute bezeichnet werden. Von einer Überfüllung kann hier durchaus noch keine Rede sein; trifft man doch z. B. in einer Stadt von der Größe Philadelphias (rund 2 Millionen Einwohner) nur etwa 30 Dermatologen, von denen man 6 als führend bezeichnen könnte. Man vergleiche damit Mannheim mit etwas mehr als ein Zehntel dieser Einwohnerzahl und mindesten der gleichen Zahl von Dermatologen (über 30). Es wird daher nicht überraschen, daß in den Vereinigten Staaten von Amerika manche Städte von bis zu 500 000 Einwohnern vorhanden sind, in welchen kaum ein guter Dermatologe aufzutreiben ist; dabei wird die Gonorrhöe von den meisten Dermatologen überhaupt nicht behandelt.

In diesem Zusammenhang sei kurz auf die *Bedeutung der Kurpfuscher und Quacksalber* für unser Sonderfach eingegangen. Bekanntlich besteht in den Vereinigten Staaten keinerlei Möglichkeit, die schwindelhafte Anpreisung von Heilmitteln und Behandlungsmethoden zu verhindern. Nur etwa 20 der Bundesstaaten haben das anzeigenmäßige Angebot zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten verboten. Die führenden medizinischen Zeitschriften, insbesondere das Bureau der American Medical Association, sind hier zwar zur Selbsthilfe geschritten; in den Unterhaltungsblättern, besonders den „Magazines" verschiedenster Richtung, findet man der Anzeigen aber noch genug.

So schätzt *H. Fox* den Prozentsatz der Anzeigen über kosmetische und Heilmittel für Hautkrankheiten in einer der bekanntesten New Yorker illustrierten Zeitungen auf 60% sämtlicher Annoncen überhaupt. Unter ihnen dürfte das in dem berüchtigten, aber vielgelesenen „Physic culture" gemachte Anerbieten, die Syphilis durch eine 20tägige Milchbehandlung zu heilen, mit zu den gefährlichsten gehören. Die „Beauty parlors" richten mit ihren Paraffineinspritzungen immer noch großen Schaden an. Sehr interessant und mit Rücksicht auf das seit vorigem Jahre in Kraft getretene Gesetz als für unsere Verhältnisse besonders lehrreich sei erwähnt, daß zwar die Krankenbehandlung durch Nichtärzte in den verschiedenen Staaten gesetzlich verboten ist, daß aber trotzdem gerade Hautkranke von den verschiedenen Sektierern mit besonderer Vorliebe in ihre Obhut genommen werden. Wie überall, dürfte auch hier die Entwicklung derartiger Sumpfpflanzen weitgehendst von jener eigenartigen Stickluft abhängig sein, die die betreffenden Geister umlagert. Der Homöopathie in engerem Sinne wurde — wenigstens für die Dermatologie — jegliche Bedeutung abgesprochen.

Es ergibt sich ganz von selbst die Frage nach den *Aussichten* für *auswanderungslustige* europäische, insbesondere deutsche *Fachärzte*. Ein Bedarf für derartige Einwanderer wurde — aus leicht verständlichen Gründen — von keiner Stelle behauptet, wenn auch die Möglichkeit eines Erfolges durchaus

Digitized by Google

zugegeben wird. Wie stets in solchen Fällen, wird auch hier schließlich alles vom Einzelnen abhängen. Unter der selbstverständlichen Voraussetzung, daß sprachliche Schwierigkeiten nicht bestehen, bleiben der erschwerenden Umstände noch genug. Das Verhältnis vom Arzt zum Kranken und damit auch die Behandlung weichen ganz erheblich von dem bei uns Gewohnten ab; ich darf auch an dieser Stelle auf meinen allgemein orientierenden Aufsatz in der Klinischen Wochenschrift Nr. 41—42, 1927 verweisen. Die meisten Ärzte, die herüberkamen, oder so gut wie alle, wurden mir als für amerikanische Verhältnisse *nicht* erfolgreich bezeichnet. Wenn ich meine eigenen Eindrücke hier wiedergeben darf, so liegen die Dinge so, daß der Tüchtige auch drüben vorwärtskommen wird, in wirtschaftlicher Hinsicht sicherlich unter erheblich leichteren Bedingungen wie bei uns. Der Lässige und Bequeme wird allerdings drüben viel schneller am Ende sein wie hier.

Während früher sehr viele Hautkranke zur Beratung und auch zur Behandlung die europäischen dermatologischen Zentren aufgesucht haben, ist darin jetzt ein völliger Wandel eingetreten. Wie auf vielen anderen Gebieten, so hat der Krieg auch hier die Amerikaner zur Selbständigkeit erzogen. Sehr viel mag zu dieser Entwicklung der Umstand beigetragen haben, daß die wirtschaftlichen Verhältnisse seit Kriegsende Europa an sich schon mehr zurücktreten ließen und der Schwerpunkt der Weltlage sich nach den Vereinigten Staaten von Amerika verschoben hat.

5. Besondere Hautkrankheiten und Behandlungsmethoden.

Dermatosen besonderer Art finden sich in den Vereinigten Staaten von Amerika, von einigen Ausnahmen abgesehen, kaum vor. Dies erscheint durchaus verständlich, wenn man berücksichtigt, daß ja klimatisch im großen ganzen die gleichen gemäßigten Verhältnisse vorliegen wie in Europa. Häufungen einzelner, auch bei uns bekannter Erkrankungen darf man wohl auf besondere soziale Verhältnisse zurückführen. Einen scherzhaften Vorgeschmack von ihnen bekommt man schon bei der Landung, wo ein Arzt der Gesundheitsbehörde die Untersuchung der Reisenden 1. Klasse auf eine eingehende Besichtigung der Hände beschränkt wegen — Skabies, wie ich auf Befragen hörte. Die vielen Fälle von Pemphigus vulgaris, von Kaposischer Krankheit in New York, sind wohl auf die außerordentlich hohe Zahl der aus den osteuropäischen Staaten dorthin eingewanderten Juden zurückzuführen, die ja mehr zu diesen Krankheiten zu neigen scheinen. Die zahlreichen *Blastomykose*-Fälle, insbesondere im Mittelwesten — die oft sehr schnell zur Generalisierung und innerhalb einiger Monate zum Tode führen —, möchte man mit dem vorwiegend landwirtschaftlichen Beruf der Bewohner in Zusammenhang bringen, der auch wohl für die in Dakota und Nebraska häufige *Sporotrichose* eine Rolle spielt (Pferdezucht). Das *Granuloma coccidioides* im Westen war ursprünglich auf einen kleinen Bezirk, das San Joaquin valley, nahe dem Yosemite Tal, beschränkt. Jüngstens wurde ein Fall bei einem Soldaten in Denver (Kolorado) beobachtet, der diese Gegend angeblich nie verlassen hatte. Die *Tularaemie* — so genannt nach dem Tulari-County in Californien — im Mittelwesten und Westen, wird mit dem Biß von Kaninchen in Zusammenhang gebracht. Sie zeigt einen Sporotrichose ähnlichen Beginn mit einem Primäraffekt, ähnlich dem Erysipelas suis, Lymphangitis, Lymphadenitis, Septikämie. Das vollausgebildete Krankheitsbild, verursacht durch Bakterium Tularaemiae, ähnelt dem Typhus abdominalis. *Lepra* wird im Westen eigentlich nur unter chinesischen und japanischen Einwanderern angetroffen. Für den Süden spielt allerdings die Lepra unter der

Digitized by Google

einheimischen, besonders unter der farbigen Bevölkerung eine größere Rolle. Hier findet sich in Louisiana auch die große Leprakolonie der Vereinigten Staaten. Unter dem „coloured people" grassiert die *Syphilis* in außerordentlich starkem Maße; auch des *Granuloma venereum* spielt eine gewisse Rolle. Aber schon die ganz banalen Hautkrankheiten erscheinen bei den Negern diagnostisch sehr schwierig. Man kann sich kaum vorstellen, wie andersartig eine an sich typische Hauterkrankung beim Farbigen erscheint; tritt doch einer unserer Hauptanhaltspunkte, das Erythem, bei ihm sehr in den Hintergrund. Daher tut man am besten, selbst in den scheinbar einfachsten Fällen mit seiner Ansicht sehr zurückzuhalten; überlassen doch die amerikanischen Kollegen sich hier im entscheidenden Falle ebenfalls dem „Spezialisten".

Von der *Histoplasmosis*, jener eigenartigen, ursprünglich von *Darling* am Panamakanal beobachteten Erkrankung, wurde neuerdings ein Fall in Minnesota bei einer Deutschen festgestellt, die über 40 Jahre dort ansäßig und niemals in tropischen Gegenden gewesen war (*Riley* und *Watson*). (Den fünften der bisher bekannten Fälle, diesen mit Hautveränderungen auf den Wangen, sah *Warde* auf den Philippinen.) Erwähnenswert ist noch jene eigentümliche Form des Hautmaulwurfs, „*Creeping disease*", die, im Gegensatz zu den europäischen Fällen, durch Nematoden hervorgerufen wird und im Süden häufiger vorkommt. (*Kirby-Smith* u. a.) Daß das *Mycetoma madurae* sich durchaus nicht immer auf den Fuß beschränken muß, zeigt ein interessanter Fall von *Foerster*-Milwaukee, wo bei einer jungen Dame ein chronischer Abzeß hinter dem Ohr von Aspergillus nidularus unterhalten wurde. Die Seltenheit des *Lupus vulgaris*, nicht nur in den großen Städten, sondern auch in den ländlichen Bezirken des Mittelwestens, ist ja bekannt. Eine Erklärung möchte man in den mehr trockenen klimatischen Verhältnissen sehen. Aber auch der Verlauf mancher Fälle von *Hauttuberkulose* weicht von dem bei uns bekannten Bilde ab. So entwickelte sich z. B. eine kolliquative Hauttuberkulose bei einem erwachsenen Mexikaner als akuter, hochfieberhafter Prozeß mit Haut-, Lungen-, Nieren- und Darmherden, also eigentlich wie eine Miliartuberkulose, oder besser Tuberkelbazillenseptikämie („Jungfräulicher Boden"). Auffallend ist eine außerordentliche Häufung des *Lupus erythematodes* im Mittelwesten-Bezirk, besonders im Mississippitale, wofür ein Grund allerdings nicht angegeben werden konnte. In der Allgemeinpraxis spielt schließlich noch die *drug-eruption* eine große Rolle, ebenso die *Pilzerkrankungen* der Haut. Klinisch erscheinen beide bekanntlich vielfach unter dem Bilde des chronischen Ekzems bzw. der Dermatitis. Man sucht daher — schon mit Rücksicht auf die Therapie — das „Ekzem" nach Möglichkeit in seine ursächlichen Formen aufzulösen; nur dann, wenn solche nicht zu finden sind, anerkennt man ein „Ekzem" als solches. Die *toxische Dermatitis* mit *allergischem Zustand* wird hingegen sehr gern diagnostiziert. Sie ist an manchem Ort für den Dermatologen das, was für den Allgemeinpraktiker die „focal infection", über die a. a. O. ja ausführlicher berichtet wurde. Auch die *focal infection* macht man vielerorts für eine Reihe von Hautkrankheiten verantwortlich (Eryth. exsudat. multif. Erythema nodosum, Herpes zoster u. a.).

Allerdings stößt die kritiklose Ausnützung jenes an sich durchaus gesunden Grundsatzes an anderen Stellen auf — vielleicht zu weitgehende — Ablehnung.

Die *allgemeine Volksbelehrung* in Vorträgen über Krebs, Lues, Gonorrhöe, über richtige Ernährung, Fragen der Hygiene u. a., ist drüben weit besser und ausgedehnter organisiert wie bei uns. Da hierfür die Mittel reichlich fließen,

Digitized by Google

erscheint dies ohne weiteres verständlich. Die Zusammenarbeit zwischen staatlichen Gesundheitsbehörden und praktischen Ärzten ist dabei von ersteren in äußerst geschickter, kluger und weitsichtiger, großzügiger Form durchgeführt. Wenn wir auch die Gefahren nicht verkennen, die drüben — genau wie bei uns — diese vielseitige „Aufklärung" mit sich bringt (Züchtung von Neurasthenie und Hypochondrie), so ist das Gesamtergebnis doch als recht wertvoll zu bezeichnen.

Die *Behandlung der Hautkrankheiten* steht allgemein auf sehr hoher Stufe. Aus den a. a. O. angedeuteten Gründen wird hier dem Kranken und seiner Behandlung eine Aufmerksamkeit entgegengebracht, wie sie sich die meisten unserer Ärzte einfach schon aus Zeitmangel nicht erlauben können. Nicht nur die Zahlungsfähigen, sondern auch die Armen und Ärmsten finden in den Polikliniken der großen Hospitäler oder auch in den Kliniken jede notwendige Behandlung, wie dies dem stets hilfsbereiten Wesen des Amerikaners entspricht. Besonders erwähnenswert sind Bestrebungen, die dahin zielen, die *Syphilis*, in all ihren verschiedenen Erscheinungsformen, wieder *in dermatologischer Hand* zu vereinigen. „Syphilis as a subject should be under the general supervision of the department of dermatology, with the cooperation of many other departments, in which there is export knowledge of special features of the disease" *(Mac Kee)*.

Wie sehr man die Trennung der *Röntgentherapie* — wenigstens so weit sie die Hautkrankheiten betrifft — von der Dermatologie verwirft, wurde oben schon erwähnt. Die Erfolge der Röntgenbehandlung an sich werden allerdings an manchen Orten ziemlich zurückhaltend beurteilt, an anderen wieder sehr anerkannt. Es mag dies zum Teil sicherlich von rein persönlichen Verhältnissen abhängen. Im allgemeinen wurde jedoch betont, daß die unter Umständen zu erzielenden Ergebnisse in keinem Verhältnis stehen zu den großen Gefahren, wobei man allerdings zugab, daß erfahrene Therapeuten sicherlich mehr darin tun dürfen wie andere. Eines unserer besten Lehrbücher der Strahlentherapie *(Mac Kee)* ist ja aus amerikanischer Hand hervorgegangen. Besonders bevorzugt werden die Röntgenstrahlen bei der Behandlung der Acne vulgaris (!) und der Mycosis fungoides. Vorsichtiger verwertet man sie beim Ekzem, der Psoriasis, dem Basalzellenkarzinom, der Adenitis suppurativa u. a. Weniger angewandt wurden sie beim Lichen ruber; über Erfolge der Rückenmarksbetrahlung bei dieser Erkrankung war noch nichts bekannt. Abgelehnt wird die Röntgentherapie für die Parapsoriasis, den Lupus erythematodes sowie für alle Krankheiten, die mit Atrophie und Teleangiektasien einhergehen *(Mac Kee)*. Beim Lupus erythematodes wurde an der Mayo-Clinic eine systematische Bestrahlung der tiefen Drüsen durchgeführt. Basalzellenkarzinome wurden exzidiert und gekautert; eine Therapie, auf die auch an unserer Klinik mehr und mehr zurückgegriffen wird. Radiodermien werden als außerordentlich häufig bezeichnet und meist auf zu weite Indikationsstellung und mangelndes ärztlich-technisches Können zurückgeführt. Die geschwürige Form behandelt man möglichst chirurgisch, sei es durch Totalexstirpation oder Kurettage bis ins Gesunde und Transplantation; für leichtere Fälle wird Elektrokoagulation empfohlen und schließlich noch Höhensonne und Wärmestrahlen. Die Finsenbehandlung ist augenscheinlich ganz aufgegeben und auch die Ergebnisse der Quarzlampe werden als nicht zufriedenstellend bezeichnet. Da der Lupus vulgaris an sich sehr selten vorkommt, spielt diese Frage jedoch nicht die Rolle wie bei uns. Radium-, aber auch Röntgenbehandlung des Lupus vulgaris werden übrigens vollständig abgelehnt. Sehr wertvoll erscheint die

Digitized by Google

dauernde Überwachung des Lupus — wie überhaupt aller Tuberkulosekranken — durch die Angestellten der öffentlichen Gesundheitsbehörde.

Die *Lepra*, von der es nach einer persönlichen Mitteilung von *Ormsby* in den U.S.A. etwa 600 Fälle geben dürfte, wird mit Chaulmoograöl teils innerlich, teils durch Injektionen behandelt. Eine große Leprakolonie findet sich in Carville (Louisiana). Die Gesundheitsbehörde geht in den einzelnen Staaten gegen die Leprösen ganz verschieden vor. Im Staate New York, in Minnesota, in Texas z. B., dürfen die Kranken in ihren Wohnungen verbleiben; sie müssen sich nur bei der Gesundheitsbehörde melden.

Ormsby spricht auf Grund einer 7—8jährigen Erfahrung der intravenösen Autoserumtherapie bei der Psoriasis gute Erfolge zu. Er erreicht vor allem ein längeres Freibleiben. Eine einfache und sehr wirksame Psoriasistherapie war die an der Mayo-Clinic von *Goeckerman* durchgeführte Einpinselung der Herde mit Steinkohlenteer und nachfolgender Höhensonnenbestrahlung. Interessanterweise war der Erfolg der Therapie, der ja allerdings auch nur rein symptomatisch ist, bei den verschiedenen Teersorten ein ganz verschiedener; es erscheint daher empfehlenswert, aus den verschiedenen Teeren die wirksamste Fraktion herauszusuchen.

In einem viel höherem Maße wie bei uns ist die *Gesundheitsfürsorge* entwickelt, sei es in öffentlicher oder — was häufiger und auch als erfolgreicher erwähnt wird — privater Form, ausgehend von den einzelnen Ärzten und ihren klinischen oder poliklinischen Abteilungen. Der ganze Überwachungsdienst ist in der Regel in der Hand einer Angestellten der Klinik oder der dispensary vereinigt. Ihr wird jeder, sozial in irgend einer Richtung ins Gedränge geratene, gesundheitlich gefährdete bzw. gefährliche Kranke überwiesen. Dank der glänzenden wirtschaftlichen Lage stehen nicht nur hinreichende Hilfskräfte für den Außendienst, sondern auch die entsprechenden Summen zur Verfügung, die erst einer solchen Einrichtung die nötigen praktischen Wirkungsmöglichkeiten geben. Das „social service departement" hat sich zu einer der wichtigsten Abteilungen der dermato-venerologischen Klinik entwickelt *(Stokes)*.

Die *Behandlung der Gonorrhöe* bleibt, wie schon kurz angedeutet, meistens dem „g.-u.-man" überlassen. Sie geht im großen ganzen aber auch bei diesem den auch bei uns hinlänglich bekannten, nicht immer befriedigenden Gang, wenigstens für die frische Gonorrhöe. Bei den chronischen und mit Komplikationen einhergehenden Fällen (Adnexerkrankungen), kommt naturgemäß die gute urologische Ausbildung den Kranken sehr zu statten.

Bei der *Syphilisbehandlung* beherrscht das Salvarsan das Feld; besonders für die Frühlues wird das Altsalvarsan, auch gegenüber dem Arsphenamin, vorgezogen. Dieses, sowie auch das Neuarsphenamin, macht man für das vermehrte Auftreten der Salvarsandermatitiden verantwortlich. Ihre, bei frühzeitiger Anwendung erfolgreiche Behandlung mit Natriumthiosulfat verdanken wir den Amerikanern. Die Quecksilberbehandlung wird noch für alle Stadien der Lues angewandt. Sie dürfte noch nicht in dem Maße von der Wismuttherapie verdrängt worden sein, wie das bei uns vielfach der Fall zu sein scheint. Im allgemeinen bevorzugt man die Injektionsbehandlung (Hg. salicyl.) vor der Salbenbehandlung. Die Lumbalpunktion wird für jeden Fall am Ende der Behandlung verlangt; falls entsprechende Symptome darauf hinweisen, auch früher. Im allgemeinen ist man allerdings auch hier zurückhaltender geworden und wartet lieber den Behandlungserfolg ab. Die Behandlung der Erscheinungen des Zentralnervensystems nach *Gennerich* ist vollständig auf-

Digitized by Google

gegeben, auch die nach *Swift-Ellis* wird weniger ausgeführt wie früher. Sie ist jetzt vielfach durch die Malariatherapie verdrängt, insbesondere auch wohl, weil der Erfolg bei Paralyse, bei spinaler und vaskulärer Syphilis zu wünschen übrig ließ. Mit *Swift-Ellis* ließ sich hingegen eine Besserung des Liquor in vielen Fällen von meningealer Syphilis erreichen, die auf die gewöhnliche intravenöse Therapie nicht ansprachen. Auch bei der Frühtabes, insbesondere den lanzinierenden Schmerzen, sah man gute Erfolge. Das gelegentliche Auftreten von nicht zu vermeidenden schweren Reaktionen mit Schmerzen in den Beinen, die Möglichkeit der Myelitis und eitrigen Spinalmeningitis, lassen allerdings diese Therapie nicht ganz ungefährlich erscheinen. Auch sie wird daher mehr und mehr durch die Malariabehandlung verdrängt. Diese wird ziemlich viel angewandt, jedoch nur klinisch durchgeführt; vor allem bei jüngeren Kranken, jedoch auch hier hauptsächlich nur bei Lues des Zentralnervensystems bzw. Paralyse, wo sie als absolut indiziert angesehen wird. Für die Behandlung der Frühlues wird sie abgelehnt, jedoch geht die Meinung dahin, daß jede Wassermann-feste Lues und insbesondere jede mit dauernd starken Liquorreaktionen einer Malariatherapie unterzogen werden sollte. Sogenannte Sicherheitskuren werden möglichst vermieden. Wenn „alles in Ordnung" ist, glaubt man darauf um so eher verzichten zu dürfen, als eine von den Kranken in der Regel mit großem Verständnis nachgesuchte jährliche Kontrolle die notwendige Sicherheit bietet.

Die Stellungnahme gegenüber einer eventuellen *prophylaktischen Behandlung* war verschieden. Teils wurde sie abgelehnt, teils war man für Abwarten, teils wurde sie durchgeführt, unter der Voraussetzung allerdings, daß nicht mehr wie 12 Stunden nach der Infektionsmöglichkeit vergangen waren. Bei Verdacht auf berufliche Infektion findet sich die gleiche wechselnde, letzten Endes als Frage des Temperaments zu betrachtende Einstellung. Auf der einen Seite stets Behandlung (3 Injektionen 0,3—0,5 in 5 Tagen), auf der anderen Seite lediglich Überwachung und keine Behandlung ohne Nachweis des Erregers.

6. Beziehungen zu Europa. Ausklang.

Der vorstehende Bericht weist auch ohne besondere Betonung schon auf die engen Beziehungen der amerikanischen zur europäischen Dermatologie hin. Sie sind heute allerdings schon ein gegenseitiges Geben und Nehmen geworden, wie wir dies auch für andere Zweige der Medizin anerkennen dürfen. Aus der Darstellung geht aber auch hervor, daß die europäische Dermatologie nicht mehr so ausgesprochen als führend anerkannt wird, wie vor dem Kriege. Allerdings spielen hierbei, so überraschend das auf den ersten Blick sein mag, politische und örtliche Verhältnisse eine entscheidende Rolle. Während im Mittelwesten vielfach noch die Ansicht vertreten wird, daß eine dermatologische Ausbildung nicht vollkommen sei, ehe man in Europa die letzten Möglichkeiten der Ausbildung, besonders in der pathologischen Histologie, erschöpft habe, glaubt der Osten durchaus auf eigenen Füßen zu stehen. Hier hält man — und diese Vorstellung entspricht durchaus dem, was man heute leider auch sehr häufig auf vielen anderen Gebieten antrifft —, alle Dinge, wie immer sie in U.S.A. sind, für sehr gut. Man hält es daher nicht mehr für nötig, in Europa Lehrgeld zu zahlen, wenn man auch die größere Tiefe und Breite der europäischen Ausbildung restlos anzuerkennen geneigt ist. Insbesondere diese breite medizinische Allgemeinbildung ist es, ferner die weitaus greifenden Beziehungen zu den übrigen theoretischen und praktischen Sonderdisziplinen, die die amerikanische Dermatologie nach Ausspruch ihrer berufensten Vertreter immer noch

Digitized by Google

zu lernen hat. Die breite Basis als Grundlage der medizinischen Erziehung überhaupt, die bessere Mittelschulbildung mit dem dort gepflegten Verständnis der herrschenden Fremdsprachen, die naturwissenschaftlichen Grundlagen, vor allem der Chemie und Physik, mit einem Wort, der tiefe kulturelle Untergrund ist es, um den man uns, aber durchaus freundschaftlich, beneidet. Damit steht schließlich in engem Zusammenhang die wirtschaftlich gesicherte, gesellschaftlich hochgeachtete, freie Stellung des europäischen Hochschullehrers, die ihm gestattet, mehr Zeit dem Studium und der Problemerörterung zu widmen, wie dem stets angespannt für sein Dasein arbeitenden amerikanischen Praktiker, der nur in seiner Freizeit sich dem Unterricht und der Forschung widmen kann. Größeres Gewicht wünscht man auf die Kenntnis der Histopathologie zu legen, die ein besseres Verständnis nicht nur für die Diagnose und Differentialdiagnose der Krankheiten, eine bessere Erkenntnis ihrer Zusammenhänge erlaubt, sondern auch jene ewig wiederkehrenden Formen zum Bewußtsein bringt, unter welchen sich Angriff und Abwehr im tierischen Organismus abspielen; denn das heißt Verständnis gewinnen wenigstens für eine der bunten Formen der Äußerung jenes Geheimnisvollen, das wir Leben nennen. —

Dieser Bericht wäre nicht vollständig, ja unfruchtbar, wenn er nicht in kurzen Worten darzulegen versuchte, was nun umgekehrt die europäische Dermatologie von der amerikanischen lernen könnte. Das Auffallendste ist wohl die Organisation der ärztlichen Praxis, die sich naturgemäß eng an die allgemeinen amerikanischen Geschäftsmethoden anlehnt. Der Arzt selbst beantwortet nie persönlich das Telephon, er fragt nicht nach dem Honorar, bezahlt keine Rechnungen, verabredet keinerlei Sprechzeit. Alles dies besorgt der „business officer", die bewährte und vielfach unentbehrliche und entsprechend bezahlte, meist weibliche Hilfskraft. Die straffe Organisation lehnt man für Fragen der Forschung drüben übrigens doch vielfach ab, denn diese seien nur individuell zu lösen. Die Art der Krankenbehandlung, die außerordentlich hochgetriebene Rücksichtnahme auf die Eigenschaften des *kranken* Menschen, die stets gepflegten engen Beziehungen zur Allgemeinmedizin sind vorbildlich. Wissenschaftlich bewegen den Amerikaner die gleichen Fragen wie uns (s. o.). Die langdauernde geistige Abgeschlossenheit der führenden Völker voneinander wird drüben mindestens so sehr bedauert wie bei uns. Praktische Wege zur Überwindung sind bereits beschritten. Die im Januar 1927 in Newyork gegründete „International Medical Society" erstrebt die Befestigung der Beziehungen zwischen amerikanischen und fremden Ärzten. Mein Vorschlag, durch einen internationalen Kongreß die letzten noch bestehenden Spannungen aus dem Wege zu räumen, fand bei unseren amerikanischen Fachkollegen eine äußerst herzliche Aufnahme. Schwierigkeiten zeigten sich nur in der Frage, wo dieser Kongreß abgehalten werden sollte. Auf der einen Seite wäre die große, freie amerikanische Union, die so viele Völkerstämme unter ihrer schönen und geachteten Flagge zu vereinigen verstanden hat, der gegebene Platz auch für die friedliche wissenschaftliche Vereinigung der Nationen gewesen. Auf der anderen Seite allerdings stehen dem die wirtschaftlichen Schwierigkeiten hemmend gegenüber, welche so vielen unserer europäischen Fachgenossen die weite Reise unmöglich gemacht hätten. Um so erfreulicher ist es, daß das Zustandekommen des nächsten internationalen Kongresses in einem neutralen europäischen Lande (Dänemark) 1930 gesichert scheint. Alte Beziehungen werden dort wieder freudig aufgegriffen, neue geschlossen werden, zu dem idealen Ziele der Förderung der Freundschaft unter den Völkern, der Förderung des Wissens um unser Sonderfach.

Digitized by Google

II.

(Aus der Frauenabteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten [Leiter: *I. D. Perkel*] und dem Physio-Therapeutischen Kabinet [Leiter: *W. P. Panow*] des Odessaer Dermato-Venerologischen Staatsinstitutes [Glawtsche Institut] [Direktor: *M. G. Choroschin*].)

Zur Frage der Behandlung der nach intramuskulären Hg- und Bi-Injektionen auftretenden Infiltrate [1].

Von

F. I. TARSIS, W. P. PANOW und N. M. WASSILJEWA.

Eine unangenehme Nebenerscheinung bei der Ausführung intraglutäaler Hg-Einspritzungen ist das Zustandekommen von Infiltraten in der Gesäßmasse infolge chemischer Reizung des Gewebes durch Quecksilbersalze, wozu ungenügende Länge der Injektionsnadel und das Geraten derselben in ein vorausgegangenes Infiltrat beträchtlich beitragen. Infiltrate von Hg-Injektionen haben zumeist den Charakter tiefgelegener, bisweilen zu Konglomeraten zusammengeflossener, standhafter, der üblichen Wärmetherapie nicht weichender Knoten.

Was das Wismut anlangt, so weist dasselbe nach unseren Beobachtungen geringgradigere Reizerscheinungen auf und ruft seltener Infiltrate hervor, die gewöhnlich von akut entzündlichem Charakter, oberflächlich gelegen und sehr schmerzhaft sind.

An einem großen Material der Frauenabteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Glawtsche-Instituts hatten wir die Möglichkeit, derartige durch Hg und Bi gesetzte Infiltrate öfters zu beobachten und uns zu überzeugen, wie unzulänglich die bisherige Therapie mit Wärmeapplikation (Umschlägen, Bädern usw.) ist.

Auf Vorschlag von Herrn Dr. *I. D. Perkel* haben wir deshalb die zu unserer Verfügung stehenden physikalischen Methoden, wie Belichtung mit künstlicher Höhensonne, Röntgenbestrahlung und Diathermiedurchwärmung ausgeprobt.

[1] Abgekürzte Mitteilung nach einem in der Sitzung der Odessaer Dermato-Venerologischen Gesellschaft vom 14. 6. 1927 gehaltenen Vortrage.

Digitized by Google

Zwecks bequemerer Bewertung der von uns angewandten Verfahren teilten wir die Kranken in *drei Gruppen.*

In die *erste* Gruppe kamen Kranke mit großen, derben, zu Konglomeraten zusammengelöteten, fast völlig unverschieblichen, Schmerz und Unbehagen beim Liegen auf dem Rücken oder beim Arbeiten verursachenden Infiltraten, die als Resultat einer früheren Hg-Behandlung aufgetreten waren und der Wärmetherapie trotzten.

In die *zweite* Gruppe bezogen wir Kranke ein, die in verschiedener Tiefe der Glutäenmasse einzelne nuß- bis pflaumengroße, derbe, verschiebbare, nach Hg-Injektionen entstandene Knoten aufwiesen, neben denen zuweilen weniger derbe, oberflächlichere und schmerzhaftere von der Wismuttherapie herrührende Infiltrate vorhanden waren.

Die *dritte* Gruppe umfaßte Kranke mit Infiltraten, die 2 bis 4 Wochen nach Bi-Injektionen aufgetreten waren, oberflächlich, fast alle vereinzelt lagen, beträchtliche Größe bis zu der einer Flachhand und Schmerzhaftigkeit mit Anzeichen einer akuten Entzündung aufwiesen.

Mit *künstlicher Höhensonne* behandelten wir im ganzen 22 Kranke; von ihnen hatten 13 Hg- und Bi- und 9 nur Bi-Injektionen erhalten.

Von theoretischen Erwägungen ausgehend, führten wir die Höhensonnebelichtung nach zwei Methoden aus. Die erste bestand in einer allmählichen Vorbereitung der Haut zu einer beträchtlicheren nachfolgenden Einwirkung der Ultraviolettstrahlen. Die Methodik war folgende: Beide Glutäen wurden anfangs bei 1 m Abstand 5 Minuten lang bestrahlt; jede folgende Belichtung geschah in einer um 10 cm kleineren Entfernung bei gleicher Applikationsdauer. Von 50 cm an wurde die Bestrahlungsdauer allmählich bis zu 30 Minuten ausgedehnt. Die Belichtung wurde so lange fortgesetzt, bis die Haut beträchtlich pigmentiert wurde, wonach keine Reaktion mehr erzeugt werden konnte. Jede Kranke erhielt durchschnittlich 12—15 Sitzungen pro Kur. Nach dieser Methode behandelten wir 5 Kranke aus der ersten und 2 von der zweiten Gruppe. Die Ergebnisse waren folgende:

Während der Kur konnten wir keinen Rückgang in bezug auf Größe und Derbheit der Infiltrate beobachten; subjektiv gaben die Kranken eine Linderung der Schmerzhaftigkeit an. Nach Ablauf von 1 bis 1½ Monaten fühlten sich bei 3 Kranken

Digitized by Google

die Knoten weniger derb an und schienen etwas beweglicher; bei den übrigen 4 blieben sie unverändert.

Später behandelten wir dieselben Kranken nach der zweiten Methode, die weiter unten besprochen werden soll. Bei zwei Kranken dieser Gruppe wandten wir zwecks weiterer Resorption der Infiltrate Diathermiedurchwärmung an, unter deren Einfluß die Knoten weicher und beweglicher wurden.

Mit Rücksicht auf die geringen Erfolge gingen wir zur zweiten Methode über, bei der wir in der Haut der Glutäalgegend eine beträchtliche Hyperämie hervorriefen. Technik: Abstand 50 cm, Sitzungsdauer — abhängig von der Hautfarbe — 5 bis 10 Minuten. Auf solche Weise erzielten wir bei den Kranken eine heftige Reaktion der Haut, die heiß, feuerrot und sehr schmerzhaft wurde. Die Hyperämie hielt gewöhnlich 2 bis 4 Tage an. Die wiederholte Belichtung geschah bei derselben Entfernung, wobei die Dosis entweder erhöht oder unverändert blieb je nach dem Grade der Hautreaktion und dem Charakter der erhaltenen Pigmentation. Solche Belichtungen wurden je 3 bis 4 gegeben.

Nach diesem Verfahren bestrahlten wir 2 Kranke aus der ersten, 5 aus der zweiten und 8 aus der dritten Gruppe, im ganzen 15 Frauen. Von ihnen wurden 2 nur einmal belichtet, 2 entzogen sich der Beobachtung, so daß hier kein Urteil gefällt werden kann. Von den übrigen 11 Kranken erhielten wir bei 9 einen therapeutischen Effekt. So wurden bei 5 Kranken die Infiltrate vollständig resorbiert (sowohl Hg- wie Bi-Infiltrate). Bei 4 weiteren Fällen erzielten wir die Resorption von großen, frischen, akut entzündlichen Infiltraten, wobei jedoch in der Tiefe der Glutäen einzelne kleine steinharte Knoten zurückblieben, die erst nach der Resorption der oberflächlich gelegenen Verhärtungen fühlbarer wurden. Bei 2 Kranken konnte neben der Verkleinerung der Knoten Gingivitis als Folge der Hg-Resorption bemerkt werden.

Die *Röntgenbehandlung*, welche die Möglichkeit gibt, die Infiltrate selbst zu treffen, benutzten wir bei 9 Kranken, wobei die Technik je nach der Konsistenz, Dauer, Intensität und Tiefe der Infiltrate verschieden war.

Wie bei der Quarzbelichtung konnten auch hier die besten Erfolge bei den frischen entzündlichen Fällen erzielt werden. Bereits nach einigen Stunden oder einem Tag nach der ersten Bestrahlung machte sich ein Nachlassen der Schmerzhaftigkeit und große Erleichterung bemerkbar, eine Wirkung, die wir auch

Digitized by Google

bei den Salvarsanomen in der Ellenbeuge feststellen konnten (Nachlaß der Schmerzen, bessere Beweglichkeit).

Unter dem Einfluß der Röntgentherapie wurden die Hg- und Bi-Infiltrate dieser dritten Gruppe schnell verkleinert und verschwanden nach 2—3 Tagen gänzlich, oder es hinterblieb eine unbedeutende diffuse Verhärtung oder Resistenz.

Die Technik der Bestrahlung war in diesen Fällen folgende: Die Umgebung wurde durch Blei geschützt und auf das Infiltrat ½ ED unter 1 mm Al-Filter verabreicht; manchmal wurde nach 10tägigem Intervall diese Dosis wiederholt. Es sei hier bemerkt, daß die entzündete Haut, wie zu erwarten war, sehr empfindlich gegen Röntgenstrahlen ist. Wir erhielten in einem Falle nach der zweiten Sitzung eine wiederholte Reizerscheinung, die aber bei entsprechender Behandlung schnell beseitigt werden konnte. Die gleiche Erscheinung beobachteten wir bei der Bestrahlung von Salvarsanomen.

Derbe, unverschiebbare, tiefgelegene Knoten darstellende Infiltrate benötigen größere Dosen und längere Zeit; ihre Resorption geht langsamer vor sich; die Behandlung verzögert sich, da zwecks Schonung der Haut lange Intervalle gegeben werden müssen. Auch hier schwindet zuerst die Schmerzhaftigkeit; dann wurde ein Teil der Knoten kleiner und beweglicher, ein Teil völlig resorbiert. In jeder Sitzung wurden 4—5 H unter 3 mm Al-Filter appliziert; Intervalle von 4—6wöchiger Dauer.

In den Fällen, wo einige Infiltrate eine große knorpelartig derbe Verhärtung aufwiesen, vergesellschafteten wir die Röntgenbestrahlung mit tiefer Durchwärmung mittels der Diathermieapparatur und, wie uns unsere kleine Erfahrung zeigte, nicht ohne Nutzen, indem die ausgedehnten Verhärtungen sich in einzelne Knoten auflösten. Die Durchwärmung mit dem Diathermiestrom wurde in der Weise ausgeführt, daß die Kranken sich mit den Glutäen auf die aktive Elektrode legten, während die indifferente auf den oberen Teil der Vorderfläche des Oberschenkels appliziert wurde.

Die Technik der Röntgentherapie haben wir noch nicht endgültig festgestellt; das Material ist noch zu geringfügig. Sehr wertvoll erscheint schon die bei allen Kranken beobachtete beträchtliche Herabsetzung der Schmerzhaftigkeit oder ihr Schwinden, eine Wirkung, die mehrfach in der Literatur hervorgehoben wurde. Was die resorbierende Wirkung der Röntgenstrahlen anlangt, wird diese auch bei verschiedenen Krankheiten wie bös-

Digitized by Google

artigen Tumoren, chronischen entzündlichen Infiltraten, Acne indurativa u. a. betont.

Fassen wir unsere Beobachtungen über die Infiltratbehandlung mit *künstlicher Höhensonne* zusammen, so kann gesagt werden: 1. In einer Reihe von Fällen, bei denen eine dauernde Behandlung mit Wärmeapplikation vergeblich war, führt die Quarzlichtbestrahlung zur völligen oder doch beträchtlichen Resorption der Infiltrate. 2. Der Grad des therapeutischen Effektes hängt vom Charakter der Verhärtungen, ihrer Dauer, Derbheit, Beweglichkeit und Tiefe ab, wofür der Umstand als Beweis dienen kann, daß nur bei unserer zweiten und dritten Gruppe günstige Resultate erzielt wurden. 3. Eine große Bedeutung kommt der Methodik der Bestrahlung zu: Resorption der Infiltrate wurde bei allen Kranken, bei denen eine beträchtliche dauernde Hyperämie erzeugt wurde, also bei Behandlung nach unserem zweiten Verfahren, erreicht.

Was die *Röntgenbehandlung* anlangt, so kann folgendes gesagt werden: 1. Sie ist indiziert, wenn die Infiltrate tief sitzen und die Höhensonne sich als weniger wirksam erwies. 2. Je frischer der Fall ist, desto schneller ist der Effekt von der Behandlung. 3. Bei frischen, mit entzündlichen Erscheinungen einhergehenden Verhärtungen ist es ratsamer, kleinere fraktionierte Dosen zu geben. 4. Die Röntgenbestrahlung setzt die Schmerzempfindung schnell und wirksam herab und ist darum bei der Infiltratbehandlung von besonderem Wert. 5. In Fällen von konfluierten steinharten Infiltraten, bei denen Quarzlampe und Röntgen versagen, kann Durchwärmung mittels Diathermiestrom empfohlen werden.

Digitized by Google

III.

Zur dermatologischen Statistik (unter besonderer Berücksichtigung der Recklinghausenschen Krankheit und der Myome).

Von

Dr. ULRICH SAALFELD
(Berlin).

Im folgenden sollen einige theoretische Erwägungen sowie als Ergebnis praktischer Untersuchungen einige Zahlen mitgeteilt werden.

Bei jeder größeren oder monographisch angelegten Arbeit ergibt sich die Notwendigkeit, gewissen individuellen Krankheitseigentümlichkeiten wie Alter, Geschlecht, Rasse usw. nachzugehen. Bei unseren Vorarbeiten zu dem im Erscheinen begriffenen Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten sind wir nun bei Durchsicht der Literatur zu Zahlen gekommen, die von den bisher bekannten und als gültig betrachteten abwichen. Das veranlaßte uns, das Zustandekommen dieser Zahlen einer kritischen Durchsicht zu unterziehen.

Bei der Recklinghausenschen Krankheit (M.R.) ist es wesentlich, das Alter festzustellen, in dem die verschiedenen Symptome zuerst aufzutreten pflegen. Bei dieser Feststellung stoßen wir schon auf Schwierigkeiten, weil wir weniger auf eigene Beobachtungen als auf unzuverlässige Angaben vielfach geistig minderwertiger Kranker und bisweilen ebensolcher oder zum mindesten unkritischer und schlecht beobachtender Angehöriger angewiesen sind. Außerdem werden die ersten Symptome, wie die völlig störungslosen Pigmentveränderungen besonders leicht übersehen. Wenn bei kleinen Kindern wenig Fälle von M.R. nachgewiesen sind, so sagt das unter anderem, daß wenig kleine Kinder den Ärzten vorgestellt worden sind, was sich je nach der Mentalität der Bevölkerung in verschiedenen Ländern und der verschiedenen Bevölkerungskreise richtet. Wir können aus eigener Erfahrung mitteilen, daß wir mehrfach den M.R. als zufälligen Nebenbefund entdeckten. Was nun seine Häufigkeit bei den beiden Geschlechtern betrifft, so konnte bis 1903 *Adrian* 447 Fälle zusammenstellen, bei denen er 65% männliche und 35% weibliche Beteiligung feststellte. *Versé* gibt das Verhältnis

Digitized by Google

von männlich zu weiblich mit 4:3 an. Wir selbst konnten aus der klinischen Literatur nach Erscheinen des Mracek, soweit wir Angaben über das Geschlecht vorfanden, 134 männliche und 130 weibliche Fälle zusammenstellen. Wiewohl bei einer verhältnismäßig so seltenen Krankheit ein Interesse an der Mitteilung des Geschlechts vorliegt, finden wir in einer Anzahl von Fällen, die wesentlich größer als die von mir mitgeteilte ist, hierüber bei den Referenten der Krankenvorstellungen leider keine Angaben. Wir sehen einen allmählichen Ausgleich in der Beteiligung der Geschlechter. Die *Adrian*sche Veröffentlichung stammt aus dem Jahre 1903. Vielleicht, daß in den früheren Jahrzehnten, wie übrigens auch noch heute, die Frauen sich schwerer entschlossen, den Arzt aufzusuchen. Auch wirtschaftliche Momente spielen hier eine Rolle. Es kommen ja nicht nur Mitteilungen aus öffentlichen Instituten, sondern auch von Privatärzten in Frage. So hat die Zunahme der Frauenarbeit und die jetzt großenteils in Deutschland durchgeführte Familienversicherung vielen Frauen bei subjektiv unbedeutenden Krankheiten, wie z. B. der Recklinghausenschen, den Weg zum Arzte erleichtert, was sich im Laufe der Jahrzehnte in der Statistik auswirken kann. Maßgeblich wäre hier nur die prozentuale Beteiligung der an M.R. leidenden Männer und Frauen an der männlichen bzw. weiblichen Gesamtfrequenz irgendeiner großen Poliklinik im Verlauf der letzten Jahrzehnte, aber andererseits aus den oben erwähnten Gründen einer nicht zu langen Zeitspanne.

Die Methodik, die *Adrian*schen Zahlen mit den meinigen zu addieren und somit zu einem neuen Prozentverhältnis zu kommen, das sogar den Vorzug der größeren Zahlen hätte, erschien mir aus den obigen Gründen falsch. Ich beschränke mich auf meine kleineren Zahlen und komme zu dem Schluß, daß der M.R. in gleicher Häufigkeit bei Männern wie bei Frauen vorkommt.

Wenden wir uns der Frage des Malignewerdens, der sarkomatösen Entartung, des M.R. zu, so sollen nach *Garrè* (1892) 12% der multiplen Neurofibrome sarkomatös entarten. *Adrian* (1903) gibt fast die gleiche Zahl an; doch scheint uns dieser Prozentsatz reichlich hochgegriffen zu sein. Wir fanden in der neueren Literatur nur wenige Angaben. Hierbei ist zu bedenken, daß ein auf die Zahl der Veröffentlichungen bezogenes Prozentverhältnis unzutreffend ist, da bei weitem neuerdings nicht mehr jeder Fall von Recklinghausen zur Veröffentlichung kommt, vielmehr in erster Linie die interessanten Fälle, zu denen ja die sarkomatöse Entartung zu rechnen ist. Wir haben unter diesen

Digitized by Google

Umständen auf jeden Versuch einer prozentualen Feststellung nach klinischen Gesichtspunkten verzichten zu müssen geglaubt.

Da nun die Recklinghausensche Krankheit im Laufe eines Menschenalters sich weder in ihrer Geschlechtsgebundenheit noch in ihrer Prognose geändert haben dürfte, komme ich zu dem Schluß, daß derartige medizinische Statistiken unter sorgfältiger Prüfung ihrer medizinischen und sozialen Grundlagen verwertet werden müssen. Es geht nicht an, Beobachtungen über ein Thema, auch aus demselben Institut, aus einer Reihe von Jahrzehnten ohne weiteres zu verwerten. Das Interesse eines Chefs oder eines Assistenten läßt plötzlich eine Zeitlang ein Krankheitsbild häufiger in der Statistik erscheinen, was durchaus nicht einer tatsächlichen Zunahme der Erkrankung zu entsprechen braucht. Im selben Sinne wirken andere von außen kommende Einflüsse sowie Verbesserungen der klinischen oder Laboratoriumsmethoden, die zur leichteren Erkennung einer Krankheit beitragen. Schließlich spielen soziale Momente, wie oben erwähnt, eine Rolle.

Als zweiten Punkt bespreche ich die Häufigkeit der *Hautmyome* bei Männern und Frauen. Während die ersten Veröffentlichungen über dieses immer noch seltene Krankheitsbild ein Überwiegen des weiblichen über das männliche Geschlecht feststellen zu können glaubten, drehten spätere Mitteilungen dieses Verhältnis um. Aber auch diese operierten noch mit sehr kleinen Zahlen. Wir konnten nun unsere Aufstellung mit 42 Männern und 20 Frauen zum Abschluß bringen. Wir glauben daher feststellen zu können, daß das Hautmyom im Verhältnis 2:1 bei Männern und Frauen vorkommt.

Zusammenfassung:

1. Medizinische Statistiken müssen unter genauer Beachtung des Prinzips ceteris paribus verwertet werden. Hierfür wird als Beispiel die Statistik der Recklinghausenschen Krankheit herangezogen.

2. Die Beteiligung der beiden Geschlechter an der *Recklinghausenschen Krankheit* ist die gleiche.

3. Die Angabe von *Garrè* (1892) und *Adrian* (1903), die in 12% der Fälle Malignewerden der Recklinghausen-Tumoren feststellten, erscheint nach neueren Veröffentlichungen wesentlich zu hoch gegriffen.

4. Das Verhältnis der *Hautmyome* bei Männern und Frauen ist nach unserer Statistik (42:20) mit 2:1 zu bezeichnen.

Digitized by Google

IV.

(Aus der Hautklinik der Königl. Ungar. Elisabeth-Universität in Pécs [Ungarn] [Direktor: Prof. Dr. *S. C. Beck*].)

Die Behandlung des hypertrophischen und ulzerösen Lupus mit Neosalvarsan.

Von

Dr. PAUL BALOG
(d. Z. in Kairo).

Die tuberkulösen Erkrankungen der Haut können wir vom Standpunkte der praktischen Behandlung und Prognose in zwei große Gruppen teilen. Auf der einen Seite stehen die gutartigen, leicht beeinflußbaren, teilweise von selbst zur Heilung neigenden Formen, sowie die weniger gutartigen Lupusherde, wenn sie von kleinem Umfange, scharfkantig und vollständig auszurotten sind. In die zweite Gruppe können wir jene tuberkulösen Prozesse einreihen, die von größerer Ausdehnung sind, verwaschene Grenzen besitzen und ein oder das andere Mal wieder zu Geschwürs- oder Granulationsbildung führen. Auch können die Herde sehr zahlreich auftreten oder aus anderen Ursachen schwer zu behandeln sein. In diesen Fällen steht der Arzt vor einer schweren, wenn nicht unüberwindbaren Aufgabe, und wegen dieser Schwierigkeiten muß uns jedes neue Verfahren willkommen sein, das uns in diesem schweren Kampf nur um einen Schritt vorwärts bringt.

Herxheimer und *Altmann* teilten im Jahre 1911 ihre bei Lymphknoten- und Hauttuberkulose ausgeführten Versuche mit; sie machten die Erfahrung, daß nach Salvarsaneinspritzungen Herdreaktionen auftreten, in einigen Fällen sogar auch eine merkliche Besserung der Erkrankung folgte.

Seither befaßten sich verschiedene deutsche und französische Autoren mit dieser Frage; trotzdem ein großer Teil der Versuche von Erfolg begleitet war, wurde deren Exaktheit von einigen Autoren angezweifelt. Tatsächlich ist es ein großer Schönheitsfehler der Versuche, daß mehrere Kranke außer den tuberkulösen Veränderungen teils an manifester, teils an latenter Lues gelitten haben. Demzufolge ließen sich auch Stimmen hören, die die Wirkung des Salvarsans auf die Hauttuberkulose nicht bezweifelten,

Digitized by Google

jedoch behaupteten, daß es diese Wirkung nur auf syphilitischem Terrain, also im luetisch infizierten Organismus auszuüben vermag. Da einerseits die Versuche nicht systematisch durchgeführt wurden, andererseits das ungenügende zusammengewürfelte Krankenmaterial nicht die nötige Übersicht gestattete, entsprechen die Erfolge nicht immer den berechtigten Anforderungen der Kritik; die Frage ist auch mit der Zeit in Vergessenheit geraten[1]).

S. C. Beck war der erste, der die Versuche zielbewußt und systematisch wieder aufgenommen hat. Seine Versuche bestätigten die antituberkulöse Wirkung des Neosalvarsans und gaben auch eine klare Begrenzung seines Wirkungsfeldes. Die ersten Kranken von Prof. *Beck* litten außer an tuberkulösen Hautkrankheiten noch an latenter bzw. manifester Lues und wurden eben aus diesem Grunde antiluetisch behandelt. Da sich während der Behandlung auch die tuberkulösen Symptome zurückbildeten, wendete *Beck* seine Aufmerksamkeit solchen Kranken zu, die an einer Hauttuberkulose litten, und hat bei denselben die Behandlung mit Neosalvarsan versucht; er erzielte bei einigen Formen von Lupus ausgezeichnete Erfolge, wogegen bei anderen bald weniger, bald überhaupt keine Besserung eintrat. Der Fehler der früheren Forschungen war, daß wegen der nebenbei vorhandenen Lues die reine Wirkung des Salvarsans auf die Tuberkulose schwer festzustellen war. Zur Eliminierung dieses Fehlers wurde in jedem Falle das Blutserum der Wassermannschen Reaktion unterzogen, ebenso, wenn nur irgend möglich, die histologische Untersuchung der aus den Lupusherden durch Probeexzision gewonnenen Gewebsstücke vorgenommen.

Aus *Becks* Arbeiten geht hervor, daß sich die einzelnen Krankheitsformen des Lupus der Neosalvarsantherapie gegenüber verschieden verhalten; am raschesten und vollkommensten reagieren die zur Geschwürsbildung neigenden und mit massiger Granulation einhergehenden Lupusfälle, wogegen die knotenreichen, weniger entzündeten Formen kaum oder überhaupt keine Besserung zeigen. Auf vollkommene Heilung können wir mit der reinen Neosalvarsantherapie selten rechnen, nachdem der eigentliche Herd der Erkrankung, der Lupusknoten, eine schlechte Blutversorgung hat und daher der Wirkung des Mittels kaum zugänglich ist. Das Granulationsgewebe hingegen,

[1]) *Berings* Erfolge mit Neosilbersalvarsan bei *Lupus erythematodes* und *Ramels* Feststellungen über *Mischinfektion von Lues und Tuberkulose*, auf die mich Herr Prof. *Hoffmann* aufmerksam gemacht hat, können hier nur kurz erwähnt werden.

Digitized by Google

von seinem Umfange unabhängig, kann vollkommen resorbiert, die Geschwüre ausgefüllt und mit Epithel überzogen werden, so daß die Lupusknoten isoliert besser hervortreten und der Behandlung leichter zugänglich sind. Das Neosalvarsan ist also bei der Bekämpfung gerade jener tuberkulösen Hautkrankheiten am erfolgreichsten, die für den Arzt eine schwere Aufgabe bilden, und bei denen bisher nur eine geringe Hoffnung auf Heilung vorhanden war.

Bei der Dosierung des Neosalvarsans können wir uns gewöhnlich an ein bestimmtes Schema halten; nur in seltenen Fällen müssen wir wegen Empfindlichkeit vorsichtiger vorgehen. Wir injizieren in 4—5tägigen Zeitabständen bis zu 0,45 g (größere Dosen beschleunigen die Heilung nicht) so lange, bis die Rückbildung der Herde beendet ist, bzw. keine weitere Besserung mehr zu erzielen ist. Das nach der Kur noch vorhandene pathologische Gewebe entfernen wir mit einem der bekannten Lokalverfahren, uns immer den gegebenen Verhältnissen anpassend.

Im Auftrage des Herrn Prof. *Beck* setzte ich seine Versuche fort, und meine Resultate, wie dies aus dem Nachfolgenden hervorgeht, stimmen nicht nur mit seinen Resultaten überein, sondern ich glaube, daß es gelungen ist, dem Wirkungsfeld des Neosalvarsans auf die Tuberkulose noch etwas weitere Grenzen zu stecken.

Mein Bericht umfaßt folgende Fälle:

1. Frau *F. I.* Leidet seit 15 Jahren an Hauttuberkulose. Gegenwärtig: Geschwür, weiche papillomatöse Wucherungen und verruköse Herde tuberkulöser Herkunft. Nach 4 Neosalvarsanspritzen Heilung des Geschwüres; 13 Einspritzungen ließen alle Läsionen verschwinden, nur die verhornenden Herde bedurften einer Kohlensäureschneebehandlung.

Der erste Fall ist deshalb besonderer Beachtung wert, weil die Veränderungen meistens aus Granulationsgewebe bestanden und dieses „intertuberkuläre" Gewebe auf bloße Darreichung von Neosalvarsan vollständig resorbiert wurde; eine lokale Behandlung war nur bei den Knoten und verrukösen Teilen notwendig.

2. *V. I.* Ausgedehnter, ulzeröser und wuchernder Lupus der Wange. 5 Spritzen genügten zur Heilung der Geschwüre, weitere 15 zur Resorption der Granulationen.

3. *A. L.* Wuchernder und geschwüriger Lupus der Wange, des Schamhügels und des Oberschenkels von ziemlich starker Ausdehnung. Nach 8 Injektionen zeigten alle Herde, besonders die der Wange, bedeutende Abplattung. Abbruch der Behandlung wegen äußerer Ursachen.

4. *K. B.* Beiderseitiger Gesichtslupus mit mittelmäßiger Infiltration. Nach 14 Neosalvarsanspritzen ist eine bedeutende Abflachung zu beobachten.

Digitized by Google

5. *P. Gy.* Von Narben durchsetzter Lupus vulgaris der Wange. Nach 12 Neosalvarsaneinspritzungen sind die Veränderungen von viel blasserer Farbe, die Infiltration hat aber nur unbedeutend nachgelassen, was auf die zahlreichen Narbenzüge zurückzuführen ist.

Bisher sprachen wir nur von der Therapie der Hauttuberkulose. Bei der Beobachtung des nächsten Kranken aber, dessen Mundschleimhaut nebenbei vom tuberkulösen Prozeß mitergriffen war, hat es sich herausgestellt, daß das Neosalvarsan auch in solchen Fällen ausgezeichnete Dienste leistet. Dies ist

Fall Nr. 2. Vor und nach der Behandlung.

um so wichtiger, als es im allgemeinen keine leichte Aufgabe ist, die Herde, die die Mundschleimhaut befallen haben, zu erreichen und gründlich zu entfernen.

6. *R. J.* Granulierender und ulzeröser Lupus der Wange und der Nase, mit Zerstörung der Nasenspitze; ausgedehntes tuberkulöses Geschwür des harten Gaumens. Nach 15 Injektionen sind die Geschwüre der Haut wie auch des harten Gaumens vollkommen geheilt. Die Wangenherde zeigen auch eine deutliche Besserung, bei der histologischen Untersuchung finden sich aber unversehrte Tuberkel, nur das zwischen ihnen früher bestandene Infiltrat ist resorbiert worden.

Die bisherigen Fälle zusammenfassend sehen wir, daß bestimmte Formen der Hauttuberkulose zur Neosalvarsanbehandlung geeignet sind. In erster Linie kommen die tuberkulösen

Digitized by Google

Geschwüre der Haut und der Schleimhäute in Betracht, zweitens die Granulationsgewebe produzierende Hauttuberkulose; je massiger, weicher und gefäßreicher das Granulationsgewebe, desto größer die Aussicht auf völlige Resorption, je mehr Bindegewebsfasern es enthält, desto unwahrscheinlicher der Erfolg, da das faserige, kallöse Gewebe eine nur beschränkte Veränderlichkeit besitzt. Völlig ungeeignet für die Neosalvarsantherapie sind jene Krankheitsformen, bei denen die Tuberkel in scheinbar gesundem Gewebe ohne jede sichtbare entzündliche Reaktion liegen.

Wir wissen heute bereits, daß die antiluetische Wirkung des Salvarsans nicht nur durch seinen Arsengehalt, sondern zum großen Teil auch durch sein Reduktionsvermögen bedingt ist. Im Körper wird nämlich das Salvarsan stufenweise oxydiert, wobei der dazu notwendige Sauerstoff den Zellen seiner Umgebung entzogen wird. Die Körperzellen des Menschen halten aber ihren Sauerstoff recht stark fest, so wird also der zur Oxydation des Salvarsans nötige Sauertoff allererst den Spirochäten entzogen. Nun verfügt aber die Spir. pall. nur über eine minimale Sauerstoffreserve und ist dabei noch nicht einmal befähigt, dieselbe zu schützen, so daß sie kurzerhand zugrunde geht, man könnte wohl sagen, erstickt. Das Spezifische der Salvarsanwirkung ist also darin zu erblicken, daß von ihm in erster Reihe diejenigen Zellen eine chemische Reduktion erleiden, welche am wenigsten der Sauerstoffentziehung widerstehen können.

Diese Tatsachen müssen unseren Ausgangspunkt bilden, wenn wir für die Salvarsanwirkung gegen die Tuberkulose eine Erklärung finden wollen.

Die Tuberkelbazillen an sich werden von dem Mittel nicht geschädigt, zumal es nicht imstande ist, durch die Lipoidmembran in den Körper derselben einzudringen. Wie bereits vorhin erwähnt, zeigen sich nach einer Neosalvarsankur an den gesunden menschlichen Körperzellen gleichfalls keine Veränderungen; so können wir den Angriffspunkt des Salvarsans nur noch in die durch den Tuberkelbazillus krankhaft veränderten Körpergewebe verlegen, und dabei können auch nur solche Gewebspartien in Betracht kommen, welche für das im Blutkreislauf vorhandene Neosalvarsan zugänglich sind, also z. B. das Granulationsgewebe. Die Tuberkel selbst bleiben ungeschädigt, da sie keine Gefäßversorgung haben. Das tuberkulöse Granulationsgewebe entsteht durch die Vermehrung kranker, in ihrem chemischen Gefüge durch die Tuberkulotoxine gestörten Zellen. Diese pathologischen Zellarten haben ohnehin Neigung zu nekrobiotischen, mit Zerfall einhergehenden Umwandlungen, und es ist mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß sie den an ihr Plasma gebundenen Sauerstoff nicht mit der nötigen Zähigkeit zurückzuhalten vermögen, und so derselbe in erster Reihe

Digitized by Google

vom Salvarsan entzogen wird. Bei dem ohnehin labilen chemischen Gleichgewicht dieser Zellen genügt wohl diese geringfügige Störung, um den Vorgang des definitiven Zerfalles und den Zelltod herbeizuführen. Würden sie auf einmal in größeren Mengen untergehen, so fiele das Granulationsgewebe der Verkäsung anheim, und die abgestorbenen Massen müßten zur Oberfläche durchbrechen, um von dort unter Bildung eines tuberkulösen Geschwüres abgestoßen zu werden. Es kommt aber nie so weit, denn das Granulationsgewebe wird von der Wirkung des Neosalvarsans nur stufenweise betroffen. Während nämlich das Neosalvarsan zwischen gesunden Zellen zirkuliert, erleidet es nur wenig Veränderungen (dies gilt natürlich nur für die der Einspritzung folgende Zeit, denn früher oder später wird auch vom gesunden Organismus so viel Sauerstoff abgespalten, als zur Oxydation des Salvarsans nötig ist). Sowie aber das Medikament die seitlichen Partien der Granulation erreicht, erhält es auch mit einem Schlage die zu seiner Verbrennung genügende Sauerstoffmenge; es dringt also schon in oxydiertem Zustande ins Innere der Granulation, so daß es dort keine Wirkung mehr ausüben kann. Jene äußeren Gewebsschichten, welche bei den einzelnen Injektionen von der Blutbahn her mit dem Mittel zuerst in Berührung kommen, dichten also die tieferen Schichten nach ihrer erfolgten Reduktion sozusagen ab. So werden bei den einzelnen Injektionen nur verhältnismäßig wenige Zellen abgetötet, nur so viele, als noch auf dem Wege des Blutstromes entfernt werden können. Die inneren Schichten kommen erst allmählich nach Resorption der äußeren daran, was auch im klinischen Bilde darin zum Ausdruck gelangt, daß die Abflachung der Granulome an ihrer Peripherie beginnt und in zentripetaler Richtung fortschreitet.

Die tuberkulösen Geschwüre entstehen durch Zerfall des tuberkulösen Granulationsgewebes; ihr Grund pflegt von einer eiterig-käsigen, abgestorbenen Gewebslage bedeckt zu sein, worunter sich eine dünne, mehr oder weniger nekrobiotische Granulationsschicht ausbreitet. Diese Schicht wird, dank ihrer geringen und mehr flächenhaften Ausdehnung, vom Neosalvarsan auf dem oben beschriebenen Wege bald zum Schwinden gebracht. Der Belag stößt sich alsdann, seiner Unterlage beraubt, ab, und es bleibt nunmehr nur noch ein banaler Wundheilungsprozeß übrig. Der Gewebsdefekt wird kurzerhand ausgefüllt, und damit ist auch die Heilung der Affektion vollendet.

Literaturverzeichnis.

Siehe bei *S. C. Beck*, Derm. Ztschr. Bd. XLII. Heft V.

Digitized by Google

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 10. November 1927.

Vorsitzender: *Hudelo.*

Zum Protokoll: Sézary und *Barbé:* Über die Behandlung der Paralyse mit Injektionen von natronhaltigem Stovarsol.

Verfasser stellen die Diskussionsbemerkung von *Milian* richtig, nach der es scheinen könnte, als ob *Arsacetin* und *Stovarsol* identisch seien. Arsacetin ist ein Abkömmling des Atoxyls.

Zum Protokoll: Gougerot: Unwirksamkeit spontaner Malaria zur Prophylaxe; „Heilung" einer Paralyse durch Malariatherapie.

Im 11. Jahre der Infektion Paralyse, trotz einer im 2. und 3. Jahre der Syphilis durchgemachten schweren Malaria; nach Malariatherapie weitgehende Besserung des Liquorbefundes und des Allgemeinbefindens.

Gougerot und *Carteaud:* Pigmentierte Papillomatosis. Casus pro diagnosi.

Eigenartige Erkrankung bei einer 21jährigen Frau.

Lortat-Jacob und *Poumeau-Delille:* Ein Fall von tuberkulösem Ulkus der Lippe.

„Tuberculosis ulcerosa" bei offener Lungentuberkulose.

Lortat-Jacob und *Poumeau-Delille:* Ein Fall von zosterförmiger Syphilis.

Die zosterförmige Anordnung syphilitischer Papeln fand sich im 8. linken Interkostalraum.

Hudélo und *Barbé:* Hemiplegie des Gesichtes im Laufe einer Arsenobenzolbehandlung (914), 6 Wochen nach Auftreten des Schankers bei einem Kranken mit Kopf- (Kinn-) Schanker.

Milian: Pigmentierte periorale Dermatose nach *Brocq.*

Die Erkrankte war seit 3 Jahren befallen. Histologisch bedeutende perivaskuläre Infiltrate mit Endovaskulitis. Heilung nach antisyphilitischer Behandlung.

Lucien Périn: Streptokokken-Impetigo und Pityriasis rosea Gibert.

P. sah mehrfach die Entwicklung von Pityriasis rosea Gibert im Anschluß an Streptokokken-Erkrankungen und stellt einen solchen Fall (9jähriges Mädchen) vor.

Ausführliche Diskussion.

Louste, Vanbockstael und *Cailliau,* 2 Fälle von Naevo-Karzinom. Demonstration. Aussprache über die Behandlung: Diathermie-Koagulation *(Louste, Ravaut),* Elekrolyse *(Darier),* ferner *Cottenot* (Elektrokoagulation).

P. Chevallier und *P. Flandrin:* Herdförmige Keratodermie an Händen und Füßen bei einem Erwachsenen.

Marcel Pinard, P. Vernier und *Frl. Corbillon:* Auftreten eines syphilitischen Schankers bei einem Kranken, der vor der Ansteckung und während der Inkubation mit Wismut behandelt wurde.

Der 39jährige Patient bekam in der genannten Zeit 12 Injektionen Quinby. Der Schanker am Bändchen hatte Getreidekorngröße.

Aussprache: *Milian, Clément Simon, Lortat-Jacob, Queyrat, Hudelo, Jausion* und *Pecker:* Über die intravenöse Anwendung eines neuen löslichen Wismut-Salzes, Wismutoxydiäthyldikarboxyldiaminoisobutyrat.

Gut verträgliches und wirksames Präparat. Prüfung an 16 Kranken. Tierexperimentelle Toxizitätsprüfungen.

Digitized by Google

Debucquet, Jausion und *Pecker:* Versuch einer Heilung der Psoriatiker durch ein neues Arsenpräparat: das Emetikum Arsenpyridin, kombiniert bei intravenöser Anwendung mit Wismutoxydiäthyldikarboxyldiaminoisobutyrat.

Bericht über erfolgversprechende Anwendung des neuen Wismutpräparates bei 15 Psoriatikern. Bei jeder Injektion werden 0,025 g des löslichen Wismutsalzes und 0,05 g des Arsenpyridins in der Mischspritze verabfolgt.

P. Moure: Eine chirurgische Epilationsmethode.

Vortragender hatte gute Erfolge bei Benutzung der Kopfhaut zur Lappenplastik (etwa der Oberlippe). Bei Frauen gelang Epilation während der Operation durch Entfernung der Haarwurzeln von der Hinterseite des Lappens mittels scharfen Löffels oder der Schere.

Labernadie: 3 Fälle von Zoster, der bei Leprösen während der Behandlung auftrat.

Außer Arsen und Wismut können auch die Äthylesther des Chaulmoograöles Zoster hervorrufen.

Marceron und *J. Imbert:* Ein Fall von morbilliformem Erythem im Verlaufe einer Behandlung mit intravenösen Injektionen von Akridin.

Das Erythem erschien am 13. Tage nach der ersten Injektion. Gleichzeitig bestand starke Stomatitis. 16% Eosinophile. Kein Rezidiv auf Trypaflavin bzw. Gonakrin.

Marceron: Über gewisse Exantheme im Verlaufe einer Behandlung mit intravenösen Akridin-Injektionen.

Besprechung früherer eigener Beobachtungen.

Bizard und *Marceron:* Behandlung der Psoriasis mit ultravioletten Strahlen in hohen Dosen.

Guter Erfolg bei Verabreichung von Erythemdosen in einem Falle.

A. Sézary und *F. Benoist:* Gonorrhoisches Ulkus am Meatus. Bedeutende Besserung durch Verbände mit Antigonokokken-Serum.

A. Sézary und *F. Benoist:* Ausbruch von Lungentuberkulose nach Ulkusmolle-Vakzine.

Die pathogenetische Rolle der Dmelcos-Vakzine steht hinsichtlich des Ausbruchs der Tuberkulose nicht ganz fest.

Jeanselme und *Burnier:* 3 Fälle von Lichen planus, die während der Behandlung mit Novarsenobenzol auftraten.

P. Chevallier und *Burnier:* Hidradenome.

Befallen waren bei einer 43jährigen Frau die Umgebung der Augen, Brust und Bauch seit 20 Jahren. Klinische und histologische Abbildungen.

Burnier: Die intravenösen Brom-Injektionen bei der Behandlung von Ekzemen und pruriginösen Dermatosen.

Gute Erfolge; allerdings besteht Möglichkeit zu Rezidiv.

E. Zurhelle (Bonn).

Digitized by Google

Gesellschaft für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Kiew.

Sitzung am 24. Dezember 1927.

Vorsitzender: *A. Lurie.* Schriftführer: *L. Slutzky.*

1. *E. Lewin* (Abt. *A. Lurie*) zeigte einen 21jährigen Mann, der seit der Kindheit an *konstitutioneller Purpura* (Frank.) leidet. Rumpel-Leede, Koch, Bruchfestigkeit stark positiv. Keine Retraktion des Blutgerinsels selbst nach 24 Stunden. Blutgerinnung 9—17 Min. nach Vierordt. Im Urin Erythrozyten 5—6 im Gesichtsfekle. Im Blute Leukozyten 4410, Neutroph. 64%, L. 26%, E. 3%, Mm. 7%. Starke Thrombopenie. Blutungszeit 22 Min. Zwei Brüder des Patienten leiden an derselben Affektion.

2. *B. Buzak* und *B. Borowsky* zeigten eine 27jährige Patientin mit im Laufe eines Jahres spontan entstandenen zahlreichen (230) *Keloiden.* Lokalisation der gelbrosaroten Papeln an der Brust, den oberen Extremitäten. An der Stelle der exstirpierten Papel bildete sich ein Keloid. Mikroskopisch: leichte Keratose, Vakuolisation der Retezellen, platte sklerosierte Papillen. Die Faserbündel des Str. reticulare verdickt, durch Hohlräume voneinander getrennt.

3. *S. Poplansky* (Klinik *A. Tischnenko*) zeigte einen 72jährigen Juden mit *Pemphigus vegetans* resp. Dermatose bulleuse et pustuleuse végétante de Hallopeau der beiden Unterschenkel. Die Effloreszenzen bestehen aus lentikulären bohnengroßen Papeln, die allmählich an Dimension zunehmen und sich zu anscheinend miteinander konfluierenden Blasen entwickeln, die von ringförmig gelagerten Vegetationen umgeben sind. Der Inhalt der Blasen ist steril.

4. *E. Back-Slutzky* (Zentrale Kinder-Polikl.) zeigte ein 14jähriges Mädchen mit *Angiokeratoma Mibelli.* An den seitlichen Fingerflächen der linken Hand (am 3., 4. und Kleinfinger) an der Streckseite des Mittelfingers sieht man stecknadelkopf- bis linsengroße Knötchen von rotblauer Farbe. Manche mit rauher, warziger Oberfläche. An der Streckseite des Kleinfingers eine flache, derbe, graue Papel, durch die erweiterte Gefäße in Form von kleinen roten Pünktchen durchschimmern. Am rechten Oberarm ein tief gelagertes Kavernom. Mantoux stark positiv. Wa.R. = negativ. Innere Organe klinisch, röntgenologisch o. B. Patientin, deren Vater, 3 Geschwister und 2 Tanten leiden an Perniones.

5. *Dieselbe.* — *Lupus miliaris disseminatus facile et trunci; papulonekrotische Tuberkulide an den Streckseiten der Extremitäten und Scrophuloderma am l. Fußrücken und l. Oberarm* bei einem sonst kräftigen 2 Jahre 6 Monate alten Kinde. Vom Lupus miliaris sind die Nasenspitze und Nasenflügel, Stirn, Wangen und rechts die *Nasenschleimhaut* ergriffen. Die Effloreszenzen in Form von zahlreichen kleinen Knötchen mit Miliensammlung an der Spitze sitzen auf geröteter infiltrierter Haut. Gleichartige, symmetrisch gelagerte Herde sieht man am Rumpf. Innere Organe, Familienanamnese o. B. Mantoux stark positiv.

6. *L. Slutzky* (Klinisches Institut) zeigte einen 54jährigen Schreiner mit *Röntgenulkus* gut beeinflußt durch Umspritzung mit Eigenblut. Das Ulkus, das bisher jeder Therapie trotzte, heilte mit Hinterlassung von kleinen Erosionen. Das große, das ganze Gesäß einnehmende Infiltrat verkleinerte sich bis auf das Dreifache. Die Schmerzen ließen beträchtlich nach. Patient geht ungestört seiner Arbeit nach.

Digitized by Google

7. *E. Kistiakowsky:* Fall pro diagnosi.

8. *E. Kistiakowsky* und *A. Paschkoff: Dermatomykosis* von 3jähriger Dauer, entstanden 3—4 Monate nach Röntgentherapie wegen Herpes tonsurans capillitii. Von der Affektion sind Gesicht, Körper und teilweise die Nägel betroffen. Mikroskopisch: Myzelien, spärlich Sporen in den Fäden gelagert.

9. *Bialek:* Leishmaniosis der Haut.

Referentin *E. Back-Slutzky.*

Periodische Literatur.

Zusammengestellt von Dr. *Arthur Alexander* in Charlottenburg.

Gonorrhoe.

Therapie.

Marcozzi: **Antigonorrhöische Chemotherapie mit Akridinderivaten.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 623.

Marcozzi kommt auf Grund seiner therapeutischen Versuche zu folgenden Schlüssen: 1. Die Akridinbehandlung der gonorrhöischen Infektion offener Schleimhäute führt für sich allein nicht zur Heilung des Krankheitsprozesses; 2. die Akridinbehandlung, vergesellschaftet mit einer lokalen Therapie, scheint letztere günstiger zu gestalten, indem sie die Gonokokken gegen die Antiseptika sensibilisiert; 3. die Akridinbehandlung für sich allein ist anzuraten in der Periode einer expektativen Behandlung; sie ist zugleich mit der lokalen Behandlung bei der subakuten und chronischen Urethritis und bei der Zystitis anzuwenden.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

F. Leidig: **Anwendung und Ergebnisse der Behandlung der Urethritis gonorrhoica auf intravenösem Wege mit Präparaten der Akridinreihe.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 617.

Die Ergebnisse *Leidigs* mit der in der Überschrift angegebenen Behandlungsweise sind absolut ungünstige. Wenn auch theoretische Gründe diese Behandlung stützen, so ist sie doch für praktische Zwecke nicht zu empfehlen. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

W. Pierangeli: **Versuche mit der intravenösen Chemotherapie der Gonorrhöe.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 608.

Die intravenöse Trypaflavinbehandlung gestattet es ohne Gefährdung, ohne jede örtliche Behandlung einen Teil der Gonorrhöen zur Abheilung zu bringen; doch sind die Resultate noch bessere, wenn bei Beginn wenigstens gleichzeitig eine lokale Behandlung unternommen wird. Erst dann gibt diese neue Behandlung befriedigende Resultate.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

A. Zibordi: **Die Injektionen von Urotropin und Zylotropin bei gonorrhöischen Affektionen.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 605.

Nach den Erfahrungen von *Zibordi* erwiesen sich die Injektionen von Urotropin und Zylotropin wertvoller für die Behandlung der Komplikationen der Gonorrhöe als für die einfachen Urethritiden; sie sind überall

Digitized by Google

dort zu empfehlen, wo das Medikament zur allgemeinen Antisepsis schnell in den Kreislauf treten soll. Die intravenösen Injektionen sind den intramuskulären vorzuziehen, weil auf ersterem Wege das Medikament schnell sich verbreitet und manchmal recht unangenehme Nebenwirkungen (Schwellungen an der Injektionsstelle) nicht auftreten. Besonders in Gemeinschaft mit der Vakzinebehandlung gibt die erwähnte Therapie schnelle und gute Heilresultate. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

M. Porosz-Budapest: **Biologische Tripperbehandlung.** Ztschr. für Urologie. Bd. 20. Nr. 11.

Nur die *biologische Behandlung*, die Steigerung der Schutzkräfte des Organismus soweit wie nur *irgend möglich*, unter Anwendung anreizender, selbst stark schmerzender Mittel kommt beim Tripper in Frage. Als bestes diesbezügliches Mittel hat sich nach Verf. die *Nitrogensäure* bewährt. Ohne Rücksicht auf den Zeitpunkt der Infektion wird vom Arzt täglich einmal eine 2%ige, vom Kranken zweimal eine ¼—½%ige Nitrogensäurelösung mit der Trippperspritze injiziert. Sobald der Ausfluß epithelial wird, werden schwächere Lösungen verordnet und auch bei negativem Gonokokkenbefund noch einige Zeit diese Behandlung fortgesetzt. Erst dann werden Adstringentien injiziert. Treten hierbei erneut einige Gonokokken auf, so werden provokative Einspritzungen mit 1—2%iger Nitrogensäurelösung vorgenommen. Es folgen zur Sicherstellung der Heilung provokative Maßnahmen (Sonde, Vakzine, Milchinjektionen).

Pürckhauer-Dresden.

Hans Schulten: **Was leistet Urotropin in der Therapie der infektiösen Erkrankungen der ableitenden Harnwege?** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 4.

Das peroral zugeführte Urotropin kann sehr wahrscheinlich im Urin eine direkte desinfizierende Wirkung ausüben. Voraussetzung dafür ist, daß man die bisher übliche Dosis weit überschreitet (8—12 g am Tage) und den Urin maximal ansäuert. Praktisch auswertbar ist das Verfahren zur raschen Ausheilung vieler Fälle von Zystitis und Bakteriurie. Bei Zystopyelitis und Pyelitis sind die Erfolge schlechter.

Weinstock-Charlottenburg.

R. D. Herold and *H. Culver:* **The treatment of acute gonorrhea with antiseptics in gelatin. (Die Gonorrhöebehandlung mit Gelatinepräparaten.)** Chikago, Journ. Americ. Med. Ass. 1927. Nr. 7.

Verff. empfehlen zur Gonorrhöebehandlung Akriflavin in Gelatinelösungen. Während dieses Präparat in wässerigen Lösungen von 1 : 2000 gelegentlich schon reizen kann, wird dasselbe in der Verdünnung 1 : 400 in 10%iger Gelatinelösung gut vertragen. Nach einer 15 Minuten langen Einwirkung auf Gonokokkenkulturen bei 37° im Brutschrank waren diese vollkommen abgetötet. Es wird angenommen, daß das Gonokokkentoxin, das an und für sich schon die Urethralschleimhaut reizt, durch die Gelatine neutralisiert wird. Hervorgehoben wird ferner das seltene Vorkommen einer Komplikation bei dieser Behandlung. *Röntz*-Bonn.

Diamantis-Kairo: **Bemerkungen zur Chemotherapie der Urethritis gonorrhoica nach der Jausionschen Methode. (Intravenöse Akridintherapie.)** Derm. Wo. 1927. Bd. 84. Nr. 10.

Die Erfahrungen des Verf. beziehen sich auf 15 Fälle. Die Erfolge sind nach seiner Auffassung zufriedenstellend gewesen, denn es handelte

Digitized by Google

sich meist um Fälle, die den üblichen Behandlungsmethoden Widerstand entgegensetzten. Nur ist es notwendig, die Nebenerscheinungen dieser Therapie zu kennen. Die Injektion muß sehr langsam gemacht werden, dann lassen sich Schwindelgefühl, vermehrter Speichelfluß und Erbrechen vermeiden. Die Symptome des allgemeinen Hitzegefühls, Zusammenziehung des Larynx und des Dammes treten aber fast regelmäßig auf und sind den Pat. schon vorher mitzuteilen, damit sie sich nicht beunruhigen. Während der Behandlung ist möglichst der Aufenthalt in starkem Sonnenlicht zu vermeiden, da es dann an den belichteten Stellen infolge der Sensibilisierung durch Trypaflavin zu Erythemen und eventuell Ikterus kommen kann. Gut bewährt hat sich in solchen Fällen die Verabfolgung von täglich 0,25 g Resorzin. Verf. glaubt, daß es sich bei dem Zustandekommen des Ikterus nicht allein um eine Lichtwirkung handelt, da es in einem Falle neben dem Ikterus zu einer Glykosurie kam, so daß also doch eine Schädigung der Leber anzunehmen ist. *Krüger*-Sagan.

J. Minder-Budapest: **Über den therapeutischen Wert intravenöser Glykoseinjektionen bei gonorrhöischen Prozessen.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 6.

Die von *Scholtz*-Königsberg angegebene Behandlungsmethode der Gonorrhöe mit intravenösen *hypertonischen Glykoseinjektionen*, verbunden mit *gleichzeitiger energischer Lokalbehandlung*, wurde nachgeprüft, und zwar nicht nur bei akuten, sondern auch chronischen und komplizierten Fällen. Wenn die so behandelten akuten (18) Fälle auch nicht so rasch wie die von *Scholtz* zur Heilung kamen, so ist doch bemerkenswert, daß kein Fall komplizierte. Gute Resultate wurden bei Nebenhodenentzündung, noch bessere bei chronischen Prostatitiden erzielt. Alles in allem scheinen die Traubenzuckerinjektionen ein *gutes Hilfsmittel* bei der Gonorrhöebehandlung zu sein. Unangenehme Nebenwirkungen von praktischer Bedeutung stellten sich nicht ein. *Pürckhauer*-Dresden.

B. Radó-Budapest: **Über die parenterale Schwefeltherapie bei gonorrhöischen Komplikationen.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 8.

Da die Resultate der bisherigen Behandlungsmethoden der Nebenhodenentzündung (Vakzine, Eigenblut, unspezifische Proteinkörper usw.) noch vielfach *nicht* befriedigen, wurde parenteral *Schwefel* angewandt, und zwar eine 1—2%ige kolloidale ölige Schwefellösung (Sulfolein), wodurch der *Ablauf* der Erkrankung zweifellos *beschleunigt* wurde, so daß die Kranken früher der Lokalbehandlung zugeführt werden konnten.

Pürckhauer-Dresden.

Couvert: **Über den wahren Wert der Chemotherapie bei Gonorrhöe.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 5. S. 1469.

Als Fortsetzung seiner früheren Mitteilungen über den Wert der Chemotherapie bei Gonorrhöe mit Akridinpräparaten (Trypaflavin, Gonakrin, Orthoflavin) teilt *Couvert* die folgenden Schlüsse über seine Erfahrungen mit: 1. Alle diese Präparate werden sehr gut vertragen; 2. nur Leber- und Nierenveränderungen stellen Kontraindikationen dar; 3. die Technik entspricht der der intravenösen Salvarsaneinspritzungen (der Austritt von Akridinlösung wirkt stark kaustisch); 4. Resultate: unbestreitbarer Nutzen bei sehr akuter Gonorrhöe, bei Urethrozystitis und Zystitis, bei denen die akuten subjektiven und objektiven Er-

Digitized by Google

scheinungen besonders von seiten der Blase sehr schnell Milderung erfahren (sehr schnelle Aufhellung des Urins). Selten sind völlige Heilung auf diesem Wege zu erzielen; die Wirkung auf den Gonokokkus ist der der Silbersalze unterlegen. Bessere Resultate bei Kombination mit lokaler Behandlung. Absolute Inaktivität bei chronischen Formen und Komplikationen. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

K. Gagstatter-Wien: **Trypaflavin als Heilmittel bei Infektionen der Harnwege.** Wien. klin. Woch. 1926. Nr. 40.

Angewandt wurde das Trypaflavin in ½%igen Lösungen intravenös täglich 1 mal, in schwereren Fällen 2 mal, etwa 20 ccm. Die Injektionen wurden meist reaktionslos vertragen. Die besten Erfolge wurden erzielt bei eitrigen fieberhaften Zystopyelitiden. Meist nach wenigen Tagen sank die Temperatur zur Norm ab und der Harndrang ließ nach. Der Urin klärte sich und war fast regelmäßig steril. Gute Erfolge wurden ebenfalls erzielt bei Prostatahyperthrophie, Strikturen, Nephrolithiasis; bei diesen Fällen kommt die Methode aber hauptsächlich zur Vor- und Nachbehandlung der Operation in Frage. *Krüger*-Sagan.

L. Leven-Elberfeld: **Gonorrhöebehandlung und Seroreaktion.** Derm. Woch. 1926. Bd. 83. Nr. 51.

Die Schwierigkeit der Feststellung der endgültigen Heilung der Gonorrhöe besteht weiter trotz Vervollkommnung der Untersuchungsmethoden. Die Streitfrage ist, ob bei einem postgonorrhöischen Katarrh ein stärkerer Leukozytenbefund im Sekret, trotz wiederholtem Fehlens von Gonokokken, noch mit einer Ansteckungsmöglichkeit zu rechnen ist oder nicht. Die Komplementablenkungsmethode schafft vielleicht eine Möglichkeit, diese bisher bestehende Lücke auszufüllen. Die bisherigen Untersuchungen haben ergeben, daß während des Höhenstadiums der Infektion die Reaktion in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle positiv ist. Es ist zunächst festzustellen bei sicher geheilten Fällen, wie lange eventuell nach der Heilung die Reaktion noch positiv bleibt, und dann sind besonders die verdächtigen Fälle eingehend zu untersuchen, ob die Komplementablenkung vielleicht einen Anhaltspunkt für noch vorhandene Infektiosität gibt. *Krüger*-Sagan.

Otto Sachs-Wien: **Über eine neue Behandlungsmethode der Gonorrhöe, mit besonderer Berücksichtigung der gonorrhöischen Komplikationen.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 3.

Mit der gleichen 20%igen wässerigen sterilen Natr.-salicylic.-Lösung, die Verf. zur Behandlung der Psoriasis — intravenös appliziert — empfohlen hat, hat er auch in vielen Fällen die Gonorrhöe und ihre Komplikationen ohne Lokalbehandlung zur Ausheilung gebracht. Es sind ziemlich große Mengen Natr. salicyl., etwa 20 g insgesamt, erforderlich. Bei der intravenösen Salizylzufuhr fallen Beschwerden von seiten des Magens im Gegensatz zur oralen weg. Es scheint mit diesem Verfahren eine Abkürzung der Behandlungsdauer erreicht zu werden. *Pürckhauer*-Dresden.

L. Balog-Berlin: **Grundsätze der Gonorrhöebehandlung.** Ztschr. für Urologie. Bd. 21. H. 4.

Verf. nimmt sehr energische Stellung gegen die schulmäßige Lehre von der Gonorrhöebehandlung. Das Wesen der Gonorrhöe ist die *Er-*

Digitized by Google

krankung der Drüsen. Bei jedem neuen Patienten sind also die *Adnexe* alsbald zu berücksichtigen. „Spülungen und Einspritzungen in die vordere Harnröhre können die Krankheit der Adnexe nicht beeinflussen, ebensowenig Blasenspülungen, Sonden, Bougies, Endoskop und Kollmann. Die Ätzung, Kürette der Harnröhre und Samenhügel bei chronischer Gonorrhöe und Impotenz sind wissenschaftliche Hochstapeleien, die nie einen Erfolg bringen können." Für Verf. gibt es nur eine Behandlung, die *Expressionsbehandlung.* Ein Eindringen medikamentöser bakterizider Lösungen in die erkrankten Drüsen ist vollkommen ausgeschlossen (Klappenventile); *nur* die an der Oberfläche liegenden Keime können erfaßt werden, die in den Drüsen geschützt liegenden dagegen werden direkt getötet oder „ausgehungert". *Pürckhauer*-Dresden.

Saigraeff: **Die Prinzipien der Gonorrhöebehandlung.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 4. (Russisch.)

Nicht die bakterizide Methode der Behandlung des Trippers heilt denselben aus, sondern die Hyperämie, welche durch Anwendung der Spülungen mit Kali hyp. erzielt wird. Diese reizt die Zellen und ruft eine Reaktionsfähigkeit der Gewebe hervor, welch letztere freilich von der Konstitution des Organismus abhängig ist. *A. Jordan.*

W. Hankowski-Wien: **Zylotropin in der urologischen Praxis.** Wien. klin. Woch. 1926. Nr. 40.

Zylotropin ist dank seiner Kombination des Urotropins mit Salizylsäure und Koffein ein ausgezeichnetes Harndesinfiziens. Alle eitrigen eitrigen Pyelitiden und Zystitiden wurden mit gutem Erfolge behandelt. Versagt hat es nur bei tuberkulösen Erkrankungen des uropoetischen Systems. Neben der intravenösen Darreichung gibt es jetzt auch ein Präparat mit Novokainzusatz, das sehr gut intramuskulär injizierbar ist. Die Wirkung ist langsamer, dafür aber länger anhaltend. *Krüger*-Sagan.

Jähnke: **Über die interne Therapie der Krankheiten der ableitenden Harnorgane mit Hexal und Neohexal.** M. K. 1927. 12.

Weil bekanntlich Formaldehyd sich aus dem Hexamethylentetramin nur bei saurer Reaktion abspaltet, hat man das Hexamethylentetramin im Hexal bzw. Neocheal mit einer Schwefelsäuregruppe verkoppelt, dabei ist der Hexamethylentetraminanteil im Neohexal doppelt so stark wie im Hexal. Somit hat Hexal eine stärkere sedative, Neohexal eine größere antiseptische Wirkung. Empfehlung beider Mittel bei allen Erkrankungen der ableitenden Harnorgane, bei Zystitis, Kolizystitis, Bakteriurie, Pyelitis, Phosphaturie, sogar Enuresis nocturna, Gonorrhöe zum Verhindern des Emporsteigens, bei Epididymitis und Prostatitis als schmerzstillend, zur Desinfektion nach Zystoskopie. Die Hexalpräparate sind verträglich und von angenehmen Geschmack. *Siegfried*-Aachen.

W. Freischmidt-Charlottenburg: **Über „Gonaromat" in der Gonorrhöetherapie.** Derm. Woch. 1927. Bd. 84. Nr. 21.

Gonaromat wird hergestellt von der Firma E. Täscher in Potsdam und besteht in der Hauptsache aus bestem Ol. santal. Ostindic., daneben enthält es mehrere ätherische Öle. Die Verträglichkeit des Präparates ist ganz ausgezeichnet. Es traten keine Magen- oder Darmstörungen auf, ebenfalls reizte es nicht die Nieren. Die antiseptische Wirkung auf den

Digitized by Google

Harn war ebenfalls recht gut. Es wurde auch, selbst über längere Zeit, von den Pat. gerne genommen. *Krüger*-Sagan.

Lucke: **Uvalysat, ein neues internes Antigonorrhoikum.** M. K. 1926. 52.

Uvalysat, das nur die wirksamen Bestandteile der Fol. uvae ursi enthalten soll, aus denen es nach dem *Bürger*schen Dialysierverfahren gewonnen ist, soll wegen seiner Haltbarkeit und Verträglichkeit besondere Tugenden der Ursprungsdroge gegenüber besitzen. Dosierung: 30 bis 40 Tropfen im Wasser nach Mahlzeiten. Wirkung sedativ (also gegen Erektionen), harnsäuernd, gonokokkenschwächend wegen Arbutin- und Tanningehalts. Bei gonorrhöischen Komplikationen soll Uvalysat (neben Arthigon usw.) nicht zu entbehren sein, auch soll es bei Zystitiden vorzügliche Dienste leisten, ebenso wie bei Ureteren- und Nierenaffektionen. Das um so mehr, als Uvalysat auch diuretisch wirkt. Geschmack nicht unangenehm, Verträglichkeit gut. *Siegfried*-Aachen.

Sachs: **Erfahrungen mit Uvalysat-Bürger in der urologischen Praxis.** M. K. 1927. 34.

Uvalysat-Bürger enthält dieselben wirksamen Bestandteile wie Bärentraubenblätterdekokt, ist für den Kranken aber besser dosierbar und bequemer zu nehmen. *Siegfried*-Aachen.

Siedner: **Zur Konzentration des Tutokains.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 40.

Mit einer ¼ %igen Lösung Tutokain (Menge 8—10 ccm) wurde in 400 Fällen eine ausreichende Anästhesie der Urethra und Harnblase erzielt, ohne daß irgendwelche Zwischenfälle eintraten. Die Lösung ist haltbar, es wurden ihr vor jedesmaligem Gebrauch einige Tropfen einer 1 %igen Suprareninlösung zugesetzt (auf 10 g Tutokainlösung 3—5 Tropfen). *Weinstock*-Charlottenburg.

H. Mühlpfordt-Allenstein: **Verätzung der männlichen Harnröhre durch Chlorzink.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 4.

Als Folge einer einzigen kurzen Urethraleinspritzung mit 25 %iger *Chlorzinklösung* trat eine Verengerung der Harnröhre ein, die durch Bougiebehandlung allmählich gebessert wurde. *Pürckhauer*-Dresden.

H. Haxthausen: **On the penetration of Silvernitrate and other antigonorrhoeics. (Über das Eindringen von Silbernitrat und anderen Antigonorrhöizis.)** The British Journal of ven. diseases. 1925. Vol. 1. H. 4.

Verf. berichtet nach ausführlicher Würdigung der Literatur über die Diffusionstiefe verschieden konzentrierter $AgNO_3$-Lösungen (2—1,1024 %) in 33 %ige Aszitesgelatine. Auch hier variiert er die Prozentsätze. Ferner vergleicht er die gefundenen Resultate mit der Penetration von AgCl, welches aus äquivalenter $AgNO_3$-Lösung ausgefüllt wurde. Hierauf folgen vergleichende Untersuchungen über das Maximum der Diffusion, welches für Aktol, Itrol, Protargol, Albargin und Choleval bestimmt wird. Indikator für die Tiefenwirkung war das noch stattfindende Wachstum von Bacterium coli commune.

Die Tiefenwirkung fiel von hohen Konzentrationen ab auf ein Minimum bei ca. ¼ %, um dann, je nach den Verbindungen, bei weiterer Verdünnung wieder zu steigen. (Die Maxima waren bis zu 1 : 10000 verteilt.) Diese Tatsache bringt Verf. mit der feineren Verteilung der AgCl-Fällung aus ver-

Digitized by Google

dünnteren Lösungen in Zusammenhang. Das Silbernitrat ist allen anderen geprüften Substanzen an Penetrationskraft überlegen. Auch die Erfahrung an 50 akuten Anteriorgonorrhöen spricht für eine Überlegenheit des $AgNO_3$. Auch für die anderen Substanzen müssen die optimalen Konzentrationen noch klinisch erprobt werden. *Siegfried-Aachen.*

J. Aebly-Zürich: **Zur Frage der Gonorrhöetherapie mit komplexen Ag-Salzen.** Derm. Wo. 1926. Bd. 83. Nr. 52b.

Die Frage, ob Silber überhaupt das beste Antigonorrhoikum ist, ist heute noch nicht zu entscheiden und ebenfalls auch nicht, ob bei den meisten heute verwandten Ag-Präparaten das ionisierte Ag der Träger der Wirksamkeit ist. Bei einem neueren Gonorrhöepräparat, dem Azykal, hat man bewußt diesen Weg verlassen. Azykal (Argentum kalio-cyanatum) ist eigentlich kein richtiges Silbersalz mehr, denn der Komplex $AgCy_2$ ist außerordentlich beständig und spaltet in der Konzentration, in der er zur Wirkung kommt, kaum Ag-Ionen ab. Transargin ist ein Derivat der Thioschwefelsäure und dürfte wohl ebenfalls ein komplexes Präparat sein, das Ag-Ionen, wenn überhaupt, nur in äußerst geringen Mengen abspaltet, trotzdem es einen Ag-Gehalt von 32% hat. Der Nachweis von Ag in der Submukosa bei histologischen Präparaten nach Anwendung von Transargin ist nicht ohne weiteres durch Diffusion des Silbers zu erklären, vielmehr kann auch durch H_2S aus dem komplexen Salz Silber abgespalten worden sein, das vorher in irgendeiner Form mit den Eiweißkörpern der Zellen verbunden war. Verf. sieht den Weg, neuere und vielleicht wirksamere Antigonorrhoika herzustellen in Stoffen, die bei genügender Wasserlöslichkeit viel leichter lipoidlöslich als wasserlöslich sind. Die Wirkung dieser Stoffe würde in der Hauptsache auf einer starken Verschlechterung des Nährbodens beruhen, und ob dazu Silberverbindungen erforderlich sind, ist fraglich. *Krüger*-Sagan.

M. A. Saigrajeff u. *I. M. Porudominsky*-Moskau: **Lokale Harnröhrenbehandlung bei Komplikationen der Gonorrhöe.** Derm. Wo. 1927. Bd. 84. Nr. 2.

Die Verf. vertreten auf Grund ihrer Erfahrungen, die sie im staatlichen venerologischen Institut in Moskau an großem Material gewonnen haben, den Standpunkt, daß bei fast allen Komplikationen der männlichen Gonorrhöe eine lokale Behandlung der erkrankten Partien der Harnröhre zu erfolgen habe, da sich die Erkrankungsdauer dadurch wesentlich abkürzen läßt. So werden bei akuter Posterior Instillationen mit Arg. nitr. und Janetspülungen vorgenommen. Auch bei Gelenkkomplikationen wird nach der Stelle der Erkrankung geforscht und ebenfalls eine Behandlung der Adnexe sofort vorgenommen. Bei richtiger Technik ist die Gefahr der Komplikationen (Epidydimitis) gering und der weiteren Verbreitung der Erkrankung wird durch diese Behandlung vorgebeugt. *Krüger*-Sagan.

C. Siebert u. *H. Cohn*-Berlin-Lankwitz: **Entwicklung und Ziele der lokalen Silberbehandlung in der Gonorrhöetherapie.** Derm. Wo. 1927. Bd. 84. Nr. 21.

In dem Versuche, immer neue Präparate zur lokalen Behandlung der Schleimhaut bei Gonorrhöe zu schaffen, sind die Silberpräparate doch Sieger geblieben. Das wichtigste Prinzip dabei ist, ihnen trotz hohen

Digitized by Google

Silbergehaltes ihre entzündungserregenden Eigenschaften auf die Schleimhäute zu nehmen und durch Hinzufügung von anderen pharmakologisch-aktiven Komponenten ihre Wirksamkeit zu steigern. Ein Präparat, das nach diesen Gesichtspunkten aufgebaut ist, ist das Targesin. Es bietet den Vorteil der reaktionslosen Verträglichkeit in den frischen Stadien und besitzt daneben ausreichende bakterizide Kraft. *Krüger*-Sagan.

J. Krechel: **Über die Brauchbarkeit des Targesins bei der Behandlung der männlichen Gonorrhöe.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 46.

71 männliche Gonorrhöiker wurden stationär der Behandlung mit Targesin unterzogen. Auf Grund dieser Erfahrungen konnte Verf. feststellen, daß das Targesin reizloser ist und eine raschere Sekretionsbeschränkung hervorruft als die vielen anderen gebräuchlichen Silberpräparate. Vor allem bei frischen Fällen ist es den übrigen Mitteln überlegen, während es bei komplizierten und chronischen nicht viel mehr leistet. Als unangenehme Nebenerscheinung ist die dunkelbraune Verfärbung der Wäsche zu nennen, die sich jedoch mit Wasser und Seife oder Natriumthiosulfat leicht beseitigen läßt. Bei Bakteriurie haben dem Verf. Blasenspülungen mit ½—1%iger Lösung zuweilen gute Dienste geleistet. *Weinstock*-Charlottenburg.

S. Kabatschnik-Moskau: **Die Elektrotherapie bei Komplikationen der Gonorrhöe.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 26. H. 11.

Seine Erfahrungen faßt Verf. folgendermaßen zusammen: 1. Die Methoden der elektrotherapeutischen Prozeduren müssen bei gonorrhöischen *Komplikationen* allen anderen Heilmethoden vorgezogen werden; 2. die Jontophorese ist bei Behandlung der bereits organisierten Komplikationen angezeigt; 3. die Diathermie kann sowohl bei chronischen wie auch bei akuten gonorrhöischen Komplikationen angewandt werden; 4. die Jontophorese und die Diathermie sind wissenschaftlich begründete Heilmethoden, mit denen man bessere Resultate erzielt als mit den übrigen Wärmeprozeduren. *Pürckhauer*-Dresden.

Caspary: **Über neuartige Diathermie-Elektroden.** M. K. 1927. 37.

Verf. empfiehlt die in jedem Haushaltungsgeschäft und Drogerie für wenige Pfennige zu habenden Putzlappen für Aluminiumgeschirr, deren weitmaschige Baumwollfäden mit Lametta umwickelt, den Strom bestens leiten sollen, zumal sie alle parallel laufen. Diese Lappen sind außerordentlich schmiegsam und leicht zu befestigen. Um mögliche konzentriertere Stromzufuhr vom vielleicht mal ungleichen Rande auszuschalten, empfiehlt sich, das nicht mal anzufeuchtende Kissen auf entsprechend ausgeschnittene Fenster aus gewöhnlichem trockenen Papier zu legen. *Siegfried*-Aachen.

Schischow u. *Saskin*-Moskau: **Die konstitutionellen Faktoren und der Verlauf der gonorrhöischen Entzündungen der Geschlechtsdrüsen.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 4.

Der *digestive* (*Sigand*) oder der *pyknische* (*Kretschmer*) Typus liefert die Fälle mit besonders hartnäckigem und langwierigem Verlauf von Prostatitiden, Vesikulitiden und Epididymitiden, die von gleichzeitiger Obstipation, Hämorrhoiden, Varikocele usw. unterstützt werden. Hier muß alles vermieden werden, was die Hyperämie im Becken steigert: entsprechende, dem Zustand des Magendarmtraktus angepaßte Diät, Behand-

Digitized by Google

lung der Obstipation usw., Vermeidung von Balsamika. Beim *respiratorischen* Typus (Astheniker) erscheint der Krankheitsverlauf weniger langwierig zu sein. Hier sollen durch kräftigende Kost die Abwehrmaßnahmen des Organismus gehoben und eine abschwächende Therapie unterlassen werden. Der *zerebrale* Typus liefert die größte Zahl der gonorrhöischen Hypochondriker und Sexualneurastheniker. Hier muß in erster Linie auf die psychische Verfassung Rücksicht genommen werden, also Psychotherapie, geschickte sanitäre Aufklärung, große Vorsicht beim Anwenden von Antaphrodisiaka im akuten Krankheitsstadium. *Pürckhauer*-Dresden.

Gazzarini Aldo: **Über Diathermieapplikation auf die Prostata. Eine neue Elektrode für Diathermiebehandlung der Prostata und der Samenbläschen.** Giorn. ital. di Dermatol. 1926. H. 6. S. 1628.

Gazzarini beschreibt eine neue Diathermieelektrode, welche sich für die Behandlung der Erkrankungen der Prostata und Samenbläschen eignet, sich leicht und schmerzlos applizieren läßt, keinen Sphinkterkrampf oder Tenesmus auslöst, an die kranken Teile gut heranzubringen ist und sich leicht reinigen und desinfizieren läßt. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Th. Hryntschak: **Bei welchen Erkrankungen der Prostata ist die Massage indiziert bzw. kontraindiziert?** Wien. klin. Woch. 1926. Nr. 39.

Die Massage der Prostata ist absolut kontraindiziert bei allen akutentzündlichen Prostataerkrankungen, geschlossenem Prostataabszeß und Tuberkulose der Prostata. Gute Erfolge dagegen lassen sich mit der Massage bei allen chronischen Stadien mit stark leukozytenhaltigem Sekret erzielen, Besserung meist auch bei Abszessen, die in die Harnröhre durchgebrochen sind. Bei Prostatahypertrophie ist die Massage nur als symptomatische Behandlung im Initialstadium bei weichen Adenomen anzuwenden.

Krüger-Sagan.

Erich Hempel: **Über Prostataabszesse und deren Eröffnung durch die Wilmsche Operation.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 51.

Der Prostataabszeß ist eine verhältnismäßig seltene Erkrankung; unter 157 Prostataerkrankungen der letzten Jahre konnten nur 14 Fälle von Abszessen vom Verf. beobachtet werden. Die Abszesse entstanden 8mal metastatisch auf dem Blutwege, 2mal auf dem Lymphwege, 1mal bei Gonorrhöe, 3mal war die Ursache unbekannt. Therapeutisch kommt nur eine chirurgische Behandlung in Frage. Von den verschiedenen chirurgischen Methoden glaubt Verf., am meisten die *Wilm*sche Operation empfehlen zu können, bei der die Technik sehr einfach, Nebenverletzungen ausgeschlossen und die Dränageverhältnisse günstige sind. Man schneidet bei dieser Operation parallel und dicht neben dem linken aufsteigenden Schambeinast ein, schiebt den M. ischiocavernosus und die A. pudenda int. nach innen und gelangt in einer Tiefe von 1½ cm nach Durchtrennung einer Faszie auf die Kapsel des linken Lappens. Dann geht man mit der Kornzange in die Tiefe und eröffnet den Abszeß.

Weinstock-Charlottenburg.

L. Wolpjan: **Die Autohämotherapie bei gonorrhöischen Komplikationen wie bei einigen Hautkrankheiten.** Journal zur Vervollkommnung der Ärzte. (Leningrad.) 1926. Nr. 11.

Auf Grund 72 eigener Beobachtungen spricht sich Verf. folgendermaßen über die Resultate der Behandlung mit Eigenblut aus: Sie ist

Digitized by Google

einfach, gut verträglich und wirkt vorzüglich bei Epididymitis gon. ac., Ekzema ac. und bei Furunkulose. Bei Psor. vulg., Ulc. molle und Bubonen versagt sie vollkommen; bei Prostatitis ac. wie chr., bei Eczema chr., Acne vulg. und Impetigo vulg. kann sie, in Kombination mit anderen Behandlungsmethoden, versucht werden. *A. Jordan.*

M. Epstein: **Über Eigenblut- und Kollargolbehandlung der gonorrhöischen Epididymitiden.** Wratschebnoje Gaseta. 1927. Nr. 5. (Russisch.)

Die Versuche des Verf. mit intravenösen Eigenblut- wie mit intravenösen Kollargolinjektionen (letzteres zu 4,0—6,0 einer 1%igen Lösung) ergaben eine bessere und schnellere Wirkung der letzteren bei Epididym. gon., so daß er von den Eigenblutinjektionen abgekommen ist. *A. Jordan.*

Petschnikoff: **Zur Frage der Vakzinetherapie beim Tripper des Mannes.** Venerologia u. Dermatologia. 1927, Nr. 4. (Russisch.)

Nach Verf. wirkt nur die Anwendung der urotropinisierten Vakzine, in der Anfangsdosis von 100 Millionen Einheiten mit allmählichem Übergang bis auf 600—1000, ja bis 2000 Einheiten, beschleunigend auf den Verlauf der gonorrhöischen Komplikationen ein. *A. Jordan.*

P. Timefejeff-Moskau: **Zur Frage der Therapie der gonorrhöischen Arthritiden.** Derm. Wo. 1927. Bd. 84. Nr. 9.

Verf. steht auf Grund seiner theoretischen Studien auf dem Standpunkt, daß es nicht in jedem Falle angebracht ist, gonorrhöische Arthritiden mit Vakzinen zu behandeln, weil es Fälle gibt, in denen die Gelenkaffektionen nicht direkt durch die Gonokokken hervorgerufen sind, sondern nur durch deren Toxine. Zur Entscheidung für diese Frage glaubt er die *Berdet-Gengou*sche Serumreaktion heranziehen zu können. In Fällen, wo dieselbe stark positiv ist, sind bereits im Organismus reichlich Toxine vorhanden und es wäre falsch, noch weitere durch Vakzine hinzuzuführen. An Hand von zwei ausführlichen Krankengeschichten bringt er Stützen für seine Anschauungen bei. Im ersteren Falle bestand eine stark positive Serumreaktion, und die Arthritis wurde nur mit intravenösen Kochsalzinfusionen behandelt. Unter Rückbildung der Gelenkaffektion ging auch allmählich die starke Serumreaktion zurück. Im anderen Falle bestand im Beginn der Behandlung eine negative Serumreaktion. Unter energischer Vakzinebehandlung stieg die Stärke der Reaktion deutlich an, und die Arthritis bildete sich ebenfalls zurück. *Krüger*-Sagan.

P. G. Castellino: **Polymikrobische Autovakzine bei Gonorrhöe.** Giorn. ital. di Dermatol. 1926. H. 6. S. 1606.

Castellino berichtet über seine Resultate nach Injektion einer polymikrobischen Urethralvakzine, die er bei 26 Fällen von gonorrhöischer Urethritis, teils subakuter, teils chronischer, teils komplizierter erhielt. Er betont den guten Einfluß der Vakzine auf den Verlauf der Urethritiden und die schnelle Heilung der Komplikationen. Er schlägt vor, die polymikrobische Autovakzine bei hartnäckigen chronischen Urethritiden neben der örtlichen Behandlung anzuwenden. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Porudominsky: **Die Spezifizität der Gonokokkenvakzine.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 9.

Verf. injizierte in 12 Fällen von Epididymitis gon. 0,5—1,0 Milch, in 18 derartigen Fällen 0,5—1,0 Staphylokokkenvakzine, in 40 Fällen

Digitized by Google

0,5 Gonokokkenvakzine, und endlich in 15 Fällen von nicht gonorrhöischer Epididymitis 1,0 Gonokokkenvakzine. Es erwies sich, daß nach der spezifischen Vakzine eine klinische Reaktion viel häufiger und deutlicher auftritt als nach Injektion anderer Präparate. Das Fehlen einer klinischen Reaktion bei nicht gonorrhöischer Epididymitis bekräftigt die Ansicht auch des Verf. von der Spezifizität der Gonokokkenvakzine. *A. Jordan.*

Friesleben: **Zur Behandlung mit Autovakzinen.** M. K. 1927. 33.

Autovakzine erweisen sich den fabrikmäßig hergestellten Vakzinen überlegen bei allen Staphylokokkeninfektionen, besonders Furunkulose, weiter bei Koliinfektionen der Harnwege. Blase soll man nebenher noch spülen. Bei Akne nekrotica versagte Autovakzine (Staph. aureus). Dosierung der verschiedenen Autovakzinen ist nachzulesen. Dazu kurze Krankengeschichten. Intravenöse Einverleibung soll keinen Vorteil bieten vor intramuskulärer. *Siegfried*-Aachen.

M. Epstein: **Über Eigenblut- und Kollargolbehandlung bei Epididymitis.** Wratschebnaja Goseta. 1927. Nr. 5.

Auf Grund von 21 Fällen von gonorrhöischer Epididymitis, die teilweise mit Eigenblutinjektionen, teilweise mit solchen von Kollargol behandelt wurden, spricht sich Verf. zugunsten der letzteren aus. Er injizierte intravenös am 1. Tage: 4—5 ccm einer 1%igen Kollargollösung und stieg dann jeden 2.—3. Tag um 2—3 ccm, bis zur Max. dos. 12 ccm. Am 12. Tage ist der Krankheitsprozeß bereits so gut wie zurückgegangen. *A. Jordan.*

Urologie.

Magnus Hirschfeld u. *Schapiro:* **Über die Spezifität der männlichen Sexualhormone.** D. m. W. 1927. Nr. 32.

Die Verf. unterscheiden zwischen Potenzstörungen auf Grund mangelnder Ladung oder erhöhten Widerstandes. Zur letzteren gehören die Formen psychischer Impotenz; zur ersteren die Fälle, bei denen die normale Wirkung der Keimdrüseninkrete und der mit ihr in Beziehung stehenden anderen endokrinen Drüsen ausbleibt. Da meist eine Kombination beider Störungen besteht, ist es oft aus Gründen der Zeit- und Kostenersparnis zu empfehlen, unter Verzicht auf psychoanalytische und Suggestivbehandlung des Widerstandes den Heilerfolg durch organotherapeutisch erreichbare Erhöhung der Ladung anzustreben. Während das Johimbin nur vorübergehend und symptomatisch wirkt, haben die Organpräparate den Vorzug nachhaltigerer und kausaler Beeinflussung der Drüsentätigkeit, vorausgesetzt, daß sie bei ihrer Herstellung (Trocknen und Extraktion) keine Schädigung des wirksamen Hormons erlitten haben. Um sicher zu sein, das Hormon in unveränderter Vitalität zu erhalten, haben Verf. zur Darstellung ihres neuen Präparates „Testifortan" (Promonta-Hamburg) die Kombination von Extrakt und Trockensubstanz durchgeführt und damit in etwa 80% der Fälle Besserung bis Heilung der Impotenz erzielt. Versager wurden bei schweren Fällen paralytischer Impotenz beobachtet, bei denen Trieb und Erektion auf angeborener oder erworbener Grundlage völlig fehlten. Zur Darstellung eines anderen Präparates „Präjakulin", welches zur Behandlung der Ejakulatio praecox dient, gelangten Verf. durch die Beobachtung eines Falles, bei dem die Besserung in die Wochen der wegen eines Ulcus ventriculi verordneten Belladonnamedikation fiel.

Digitized by Google

Das Präparat stellt eine Kombination von Belladonna mit Kalzium, Lezithin und gewissen Sedativa dar. Es gelang, bei 72 von 95 Fällen die vagosympathischen Störungen der Ejakulatio praecox günstig zu beeinflussen. Applikationsweise und Behandlungsdauer bei den Präparaten siehe Original. *O. Dittrich*-Kiel.

Rosenfeld: **Zur Harnverhaltung bei Nierensteineinklemmung.** M. K. 1927. 14.

Bei 54jährigem Kranken, der die Erscheinung einer Anurie bei Nephritis machte, ging plötzlich nach Glyzerin- und Atropininjektion eine große Menge Urin ab mit maximaler Zahl epithelbesetzter Zylinder, großer Menge Nieren- und Nierenbeckenepithelien und wenig Eiweiß und schließlich auch erbsengroßer Harnsäurestein. Folgerungen: Stein im rechten Ureter hatte Ischämie beider Nieren erzeugt. Konsekutiv Gefäßkrampf beider Nieren mit Lockerung der Tubulusepithelien. Da Tubuli Kochsalzausscheidung besorgen, ging diese infolge Tubulischädigung stark zurück. Die Glomeruli aber funktionierten sehr gut, was reichliche Wasserausscheidung bewies. Da zugleich 20 g N. ausgeschieden wurden, konnten diese nur den allein arbeitenden Glomerulis entstammen. Da Kranker statt 80% des eingespritzten Phenolsulfophtaleins nur 22% entleerte, kann Phenolsulfophtalein nur als Epithelialtest gelten.

Siegfried-Aachen.

R. Lichtenstern-Wien: **Experimentelle Untersuchungen über die Ursachen der reflektorischen Anurie.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 3.

Aus den angestellten Versuchen geht hervor, daß bei der reflektorischen Anurie das gehemmte Organ nicht intakt sein kann und daß den in der verschlossenen Niere sich entwickelnden *Nephrotoxinen* eine ursächliche Bedeutung für das Entstehen der Anurie zukommen muß.

Pürckhauer-Dresden.

K. Scheele u. *M. Stolze*-Frankfurt a. M.: **Das zystoskopische Bild der Strangurie bei akuter Anilinvergiftung.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 3.

Als wesentliche Teilerscheinung der akuten Anilinvergiftung kommen schwere Blasenveränderungen vor, die charakterisiert sind durch *subepitheliale Blutungen*, die über die ganze Blase verstreut sind, hauptsächlich aber im Blasenhals und dem Trigonum auftreten. Sie stellen die anatomische Grundlage für die Strangurie und Hämaturie dar. Diese Veränderungen der Schleimhaut gehen zurück, ohne eine im Zystoskop erkennbare Veränderung zu hinterlassen. Die Frage, ob chronische Anilineinwirkung auf die Blase zur Entwicklung von *Tumoren* führen kann, muß noch offen bleiben. *Pürckhauer*-Dresden.

M. Burger u. *F. Fuchs*-Wien: **Zur Frage der Gasfüllung des Nierenbeckens (Pneumopyelographie).** Wien. klin. Woch. 1927. Nr. 6.

Im Gegensatz zur Kontrastfüllung des Nierenbeckens mit schattengebenden Flüssigkeiten wird die Pneumopyelographie nur sehr wenig angewandt. Der Grund dafür liegt wohl in ihrer Gefährlichkeit wegen der Möglichkeit einer Luftembolie. Denn es besteht die Gefahr, daß bei der Gasfüllung des Nierenbeckens ein Gasübertritt in das Venensystem stattfindet. Wenn auch die Gefahr des plötzlichen Todes bei Verwendung von reinem Sauerstoff wesentlich geringer ist als bei Luft, weil die Resorptions-

Digitized by Google

kraft des Venenblutes dafür größer ist als für Luft, so haben tierexperimentelle Untersuchungen gezeigt, daß es auch hierdurch zu einem plötzlichen Tod unter dyspnoischen Erscheinungen kommen kann.

Krüger-Sagan.

P. Gorowitz-Odessa: **Über die Formveränderung der Fremdkörper in der Harnblase.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 3.

Mitteilung zweier Beobachtungen, wo der in die Blase eingebrachte Fremdkörper eine eigenartige Formveränderung angenommen hatte, einmal eine Verschlingung und Verknotung eines *Katheters* um den Hals eines pilzförmigen Blasensteins, das andere Mal eine zu einem Klumpen umgestaltete Schlingenbildung einer *Wachskerze*. Die Möglichkeit solcher Verschlingungen ist nur dann gegeben, wenn der Fremdkörper lang, weich, schnurartig ist und während der Einführung in die Blase eine Knickung erfährt, die Harnblasenkontraktionen sehr kräftig und häufig sind und auch die Lage des Fremdkörpers in der Blase günstig für die Schlingenbildung ist. *Pürckhauer*-Dresden.

K. Heusch-Berlin: **Über ein seltenes Gewächs der Harnblase.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 20. H. 16.

Bei einem Fall von ausgedehnter Neurofibromatose fanden sich auch *Neurofibrome* der Harnblase. Zweckmäßig sollte bei jeder Neurofibromatose, selbst wenn keine Blasenbeschwerden vorliegen, zystoskopiert werden.

Pürckhauer-Dresden.

Rudolf Oppenheimer: **Über Infektion der Harnorgane durch Influenzabazillen.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 20. H. 12.

Mitteilung eines Krankheitsfalles mit doppelseitiger Pyelonephritis und chronischer Zystitis, die durch *Influenzabazillen* bedingt waren (kultureller Nachweis). Therapeutisch *refraktärer* Fall, auch nach operativer Spaltung des unteren Nierenpols mit Dränage. *Pürckhauer*-Dresden.

A. J. Scholl: **Cohabitation, Celon Bacillary, Urinary Tract Infection. (Kohabitation und Kolinfektion der Harnwege.)** Los Angeles, Journ. Am. med. Ass. 1926. Nr. 22.

Durch Koli verursachte Pyelonephritis ist bei jung verheirateten Frauen ein häufiges Ereignis. Die Ursache bilden meist kleine Kohabitationsverletzungen, die wiederum die Eintrittspforte für die Erreger darstellen. Doch ist auch Übertragung auf dem Blut- oder dem Lymphwege möglich. Nach kurzen Krankenvorstellungen wird als wirksames Therapeutikum das Merkurochrom angegeben, uns zwar als 1% Nierenbeckeninjektionen und als 1% Blasenspülungen. *Röntz*-Bonn.

William Zentmayer: **The Prostate As a Remote Focus of Infection in Ocular Inflammations. (Die Prostata als Infektionsausgangspunkt bei Augenentzündungen.)** Philadelphia, Journ. Am. med. Ass. 1926. Nr. 15.

Bei metastatischen Augenentzündungen ist außer Mund, Nase und Rachen auch die Prostata als Infektionsquelle zu berücksichtigen. Es handelt sich jedoch dabei meist um nicht gonorrhöische Infektionen. Verf. führt 4 Fälle an, bei denen sich auf diese Weise Entzündungen des inneren Auges entwickelt hatten. *Röntz*-Bonn.

Digitized by Google

Hoffmeister: **Über Ectopia testis.** M. K. 1927. 11.

Unter diesem Krankheitsbild versteht man den Zustand, wo der Hoden nach seinem Austritt aus dem Leistenring von seiner normalen Bahn abgelenkt wird (Ectopia cruralis, properitonealis, inguinalis, scrotofemoralis). Zu den wenigen Fällen von Ectopia properitonealis der Literatur wird hier ein neuer Fall beschrieben, der durch Operation geheilt wurde.

Siegfried-Aachen.

K. Werwath-Danzig: **Totale zystische Entartung eines Leistenhodens.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 20. H. 10.

Eine bei einem 3jährigen Knaben in der linken Leistengegend oberhalb des Lig. inguinale befindliche Geschwulst, die operativ entfernt wurde, erwies sich als eine Blutzyste mit flüssigem Inhalt. Wenn auch in den umgebenden Hüllen kein Hodengewebe nachweisbar und keine Samenstrangreste zu finden waren, so glaubt Verf. doch, daß es sich um den völlig entarteten Hoden gehandelt hat (Torsion des Leistenhodens).

Pürckhauer-Dresden.

C. Bruni-Neapel: **Seltene Anomalie der Urogenitalorgane: doppelter Penis.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 3.

Mitteilung einer eigenen Beobachtung dieser äußerst seltenen Mißbildung bei einem 35jährigen tötlich Verunglückten: Beiderseits von der Medianlinie 2 Penis von fast normaler Größe. Darunter zwei sackartige Gebilde mit nur je einem Hoden. Normale Harnröhren, zwei Harnblasen. Unterhalb der Hodensäcke je eine runde Öffnung, die die *Analöffnungen* darstellen. Prostata: normal. *Pürckhauer*-Dresden.

Urologie. Therapie.

Leibfreid u. *Tuchschnid:* **Die therapeutische Bedeutung des Magn. sulf. bei Störungen der Harnentleerung.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 3.

Die von *Woitaschewski* auf Empfehlung von Prof. *Vindintzew* zuerst angewandten intramuskulären Einspritzungen von täglich oder über einen Tag zu 1,0—3,0 einer 25%igen wässerigen, sterilen Lösung von $MgSO^4$ bewähren sich auf Grund von 47 Beobachtungen der Verf. in der Tat als anästhesierendes Mittel bei Störungen der Harnentleerung, zentralen Ursprungs, wie auch bei Ur. post. gon. und auch bei Enuresis nocturna. Unangenehme Nebenwirkungen werden nicht beobachtet. *A. Jordan.*

K. Haslinger-Wien: **Zur Therapie der reflektorischen Anurie.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 3.

Die reflektorische Anurie kann durch die *paravertebrale Injektion* günstig beeinflußt werden. Es wird durch die Paravertebralanästhesie nicht nur eine Ausschaltung der Vasokonstriktoren erreicht, sondern auch eine Behebung eines Reizzustandes der sekretionsfördernden Nerven der Niere, also sowohl eine Splanchnikus- wie auch eine Vagusanästhesie.

Pürckhauer-Dresden.

A. Marchionini-Freiburg i. B.: **Die Neosalvarsanbehandlung der akuten und chronischen Zystitis und Pyelitis und der sogenannten terminalen Hämaturie bei Gonorrhöe.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 20. H. 11.

Digitized by Google

In der großen Überzahl derart behandelter Fälle wurden günstige Resultate erzielt. Postgonorrhöische Zystitiden und Pyelitiden, terminale Hämaturie bei Gonorrhöe, manche Formen von Koliinfektion, die Protozoenzystitis zeigen günstige Beeinflussung, während tuberkulöse Zystitis, einzelne Formen von Koliinfektion und akute und chronische Zystitiden unklarer Ätiologie unbeeinflußt blieben. Im allgemeinen genügen 4—5 Neosalvarsaninjektionen Dos. I—III, bei Männern eventuell IV; Intervall 3—5 Tage.

Gegenindikation nur Kreislaufinsuffizienz. dagegen nicht Fieber, lokale Schmerzen. Theoretisch läßt sich die kurative Wirkung vielleicht erklären mit einer Kombination von *lokaler Desinfektion* (die formaldehydsulfoxydsaure Natriumkomponente des Neosalvarsans) und *allgemeine Umstimmung des Körpers.* *Pürckhauer*-Dresden.

H. Strauß-Bad Wildungen: **Neosalvarsan in der Behandlung von Harninfektionen.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 8.

Neosalvarsan (3 Dosen zu je 0,15 an 3 aufeinanderfolgenden Tagen) sollte *bei allen frischen und besonders auch veralteten Kokkeninfektionen* der Harnwege stets in Erwägung gezogen werden. Es übt, im Gegensatz zu den bisherigen Harndesinfizientien, sowohl von Blut und Geweben aus, als auch in Form bakterienfeindlicher Abbauprodukte im Urin seine desinfizierende Kraft aus. Mißerfolge sind abhängig von 1. Komplikationen mit Steinbildung, 2. Prostatitis und Spermatozystitis, 3. Vorhandensein von Anaerobien oder Bacterium coli neben den Staphylokokken.
Pürckhauer-Dresden.

Schmutte-Berlin: **Die Behandlung der Harninfektion mit Mercurochrom.** (Berliner urologische Gesellschaft.) Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 8.

Die von Amerikanern (*Young, Braasch* u. a.) angegebene *intravenöse Behandlung mit Mercurochrom* zur Bekämpfung der Harninfektionen jeder Art wurde an 26 Fällen nachgeprüft; nur wurden zur Vermeidung toxischer Erscheinungen nicht die heroischen Dosen der Amerikaner gegeben, sondern nur der zehnte bis dritte Teil. Selbst dabei stellten sich in 8 Fällen noch toxische Nebenerscheinungen ein. Es wurden nur Kranke behandelt, bei denen die übrigen Behandlungsmethoden versagt hatten. So waren die *Erfolge* auch nur *mäßig*, nur Pyelitis sprach gut darauf an. Es ist aber doch ein Weg, der weiter verfolgt werden sollte, besonders wenn man die toxischen Erscheinungen durch Lösung des Mercurochroms in 50%iger Traubenzuckerlösung auszuschalten versucht.

In der Aussprache hebt *Joseph* hervor, daß Traubenzucker ja an und für sich ein wunderbares Heilmittel ist, daß also bei Erfolgen mit dem Mercurochrom-Traubenzuckergemisch unklar ist, welches von beiden Mitteln das heilende war. *Balog* erwidert, daß aus Tierversuchen der Amerikaner hervorgeht, daß nicht die Zuckerlösung die gute Wirkung ausgeübt hat, sondern das Mercurochrom. *Pürckhauer*-Dresden.

Emil Haim-Budweis: **Beitrag zur Operation der Phimose.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 5.

Die angegebene Operationsmethode basiert darauf, daß das *innere* Vorhautblatt *allein* die Verengerung bewirkt. Die äußere Haut des Präputiums ist immer elastisch und dehnbar. Zirkulärschnitt am Präputialrand, wodurch die beiden Blätter voneinander getrennt werden. Das äußere

Digitized by Google

Blatt läßt sich leicht zurückziehen. Spaltung des inneren Blattes durch 3—4 radiäre, seichte Schnitte und Vereinigung mit dem inneren Blatt durch Naht. *Pürckhauer*-Dresden.

B. Schapiro-Berlin: **Über die sexuelle Potenz und die Spezifizität der männlichen Sexualhormone.** (Berliner urologische Gesellschaft.) Ztschr. f. Urologie. Bd. 21. H. 9.

Die Potenz wird als Resultante aus Ladung und Widerstand aufgefaßt, die Impotenz als Widerstands- und Ladungsstörung. Die *Impotenz aus Ladungsmangel* ist vorwiegend *hormonal* bedingt, durch Ausbleiben der normalen Wirkung der Sexualhormone, die *Impotenz infolge erhöhten Widerstandes psychischer* Art. Der *hormonale Ladungsfaktor* spielt im allgemeinen die *Hauptrolle* und ist auch bei psychoneurotischer Alteration zu berücksichtigen. Therapeutisch soll man also zuerst immer versuchen, durch *Verstärkung der Ladung* zum Ziel zu kommen. Vorbedingung für die Wirksamkeit eines Hormonpräparates ist, daß es aus Organ*extrakt* und Organ*trocken*substanz besteht. Diesen Anforderungen entspricht das *Testifortan* (Chem. Fabr. Promonta-Hamburg), womit Verf. — bei 200 Fällen — in 80% Erfolge erzielen konnte. *Pürckhauer*-Dresden.

Syphilis.

Allgemeine Pathologie. Serologie.

Adler: **Lues und Senkungsreaktion.** M. K. 1927, 2.

Die Senkungsreaktion (S.R.) mißt eine Dispersitätsvergröberung der Blutkolloide, sie zeigt eine Vermehrung der Globuline auf Kosten der Albumine an. Globuline ihrerseits geben ein Maß an für den pathologischen Eiweißabbau im Organismus. Die S.R. ist also nicht spezifisch etwa für Lues allein, sie kommt auch bei Malaria, Tbc. und anderen konsumierenden Krankheiten zustande. Verf. hat an 250 Lues- und Nachluesfällen die S. R. verfolgt. Er kommt zum Schluß, daß wir in der S.R. ein vorzügliches Reagenz besitzen zur Feststellung der Progredienz luetischer Prozesse aller Stadien. Mit zunehmender Besserung und Heilung nähert sich die S.R. mehr und mehr dem Normalen. Besonders wertvoll erweist sich die S.R., um Schlüsse zu ziehen auf Progredienz der Tabes, um zu wissen, ob man noch weiter behandeln soll oder „Quieta non movere". Malariabehandelte Luetiker kamen nach durchgeführter Kur auf normale Senkungswerte, auch wenn sie vor Impfung starke Beschleunigung aufwiesen. Verf. möchte, daß alle Wa.-R.-Untersuchungen begleitet würden durch die leicht anzustellende S.R., zumal erstere nur Lues als solche anzeigt, letztere den Stand ihrer augenblicklichen Aktivität.

Siegfried-Aachen.

N. Gurewitsch und *B. Silbermann:* **Der lipolytische Blutkoeffizient in den verschiedenen Syphilisperioden.** Venerologia u. Dermatologia 1927. Nr. 5.

Die Verff. untersuchten in 63 Fällen das Blut der Syphilitiker verschiedener Perioden und fanden, daß der lipolytische Blutkoeffizient in allen Fällen aktiver Syphilis vermindert ist und sich unter der spezifischen Behandlung hebt. *A. Jordan.*

Digitized by Google

Franz Jahnel und *Johannes Lange:* **Zur Syphilisimmunität der Paralytiker.** Münch. med. Woch. Nr. 45, 1926.

Verfasser untersuchten die Frage, ob der Paralytiker nur gegen bestimmte Syphilisstämme immun ist oder gegen alle. Ausgehend von der beim Kaninchen gemachten Erfahrung, daß ein mit einem Truffi-Stamme infiziertes Tier wohl gegen diesen Stamm immun sei, sich aber noch erfolgreich mit einem Nickolstamm infizieren ließe, versuchten sie unbehandelte Paralytiker mit dem Nickolschen Virus zu impfen, um so eine aktive Immunisierung gegen Syphilis und dadurch eine Hebung der Abwehrkräfte zu erzielen. Es zeigte sich aber, daß diese Infektion nicht anging. Es besteht also beim Menschen offenbar im Gegensatz zum Tier eine Panimmunität gegen die verschiedenen Syphilisstämme, wenn die Infektion mit einem derselben erfolgt ist. *Weinstock*-Charlottenburg.

M.: Kitchevatz, **Einige Bemerkungen über den Spirochäten-Nachweis.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 8—9. 1926.

Verf. weist darauf hin, daß in syphilitischen Effloreszenzen oft nur wiederholtes Suchen zum Ziele führt. Bei 30 Kranken fanden sich Spirochäten bei der ersten Untersuchung in 76%, bei der zweiten in 17%, bei der dritten in 7%. *Zurhelle*-Bonn.

W. Schönfeld und *H. Krey:* **Das Vorkommen von Spirochäten im Liquor von Syphilitikern und deren Beziehungen zu anderen Liquorbefunden.** Münch. med. Woch. Nr. 10, 1927.

Die Verfasser untersuchten die Liquores von 16 unbehandelten Fällen von Hautsyphilis aller Stadien und 1 Tabes nach der von *Warthin* und *Starry* angegebenen Silber-Agarmethode und nach *Levaditi* auf Spirochäten, wobei sie nach ihren Erfahrungen der Silber-Agarmethode den Vorzug geben. In der größeren Hälfte ihrer untersuchten Syphilisfälle wiesen sie mit Sicherheit Spirochäten nach und zwar, was bemerkenswert ist, auch bei Fällen, die nach den üblichen Untersuchungsmethoden einen normalen Liquor aufwiesen. Durch dieses Ergebnis büßen unsere heutigen gebräuchlichen Methoden der Liquoruntersuchung in diagnostischer und prognostischer Hinsicht, vielleicht auch als Methoden zur Beurteilung der Wirksamkeit einer antisyphilitischen Behandlung an praktischer Bedeutung ein.

J. Weinstock-Charlottenburg.

Albrecht Schmidt-Ott: **Über die Beeinflussung der experimentellen Kaninchensyphilis durch Trypanosaninfektion.** Münch. med. Woch. Nr. 35, 1927.

Zum Zwecke des Studiums der Infektionstherapie bei experimenteller Kaninchensyphilis superinfizierte der Verfasser 19 Kaninchen mit gut entwickelten Primäraffekten mit Nagana- und Dourine-Trypanosomen. In bestimmten Zeiträumen nach der Superinfektion wurden die Tiere mit für Syphilisspirochäten unwirksamen Dosen von „Bayer 205", Trypanosan und Neosalvarsan behandelt. Es konnte zunächst eine lokale Reaktion der syphilitischen Primäraffekte als unmittelbare Folge der Superinfektion festgestellt werden, die in einer Schwellung mit nachfolgender Erweichung der syphilitischen Schanker bestand. Ferner verschwanden die Spirochäten rascher, die syphilitischen Primäraffekte heilten rascher ab als bei nicht infizierten Tieren. Es trat außerdem bei fast allen infizierten Tieren Fieber

Digitized by Google

bis zu 40° auf. Eine Heilung der experimentell erzeugten Syphilis bewirkt die Trypanosomen-Superinfektion aber nicht, wie sich durch positive Drüsenverimpfung oder Rezidive nachweisen ließ.

Theoretisch erklärt der Verfasser den Einfluß der Trypanosomeninfektion auf die Syphilis durch unspezifische an den Syphilomen ausgeübte Reaktionen, bei denen Zerfallsprodukte der Trypanosomen und aus dem infizierten Gewebe stammende Stoffe eine Rolle spielen und zusammen mit dem Fieber und die dasselbe bedingenden Substanzen eine zerstörende und entwicklungshemmende Wirkung auf die Spirochäten ausüben. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

F. W. Kloeppel: **Salvarsanresistenter Spirochätenstamm bei einem Ehepaar.** Münch. med. Woch. Nr. 46, 1926.

Mitteilung der Krankengeschichte eines Ehepaares, bei dem sich sowohl beim Ehemann wie bei der Ehefrau trotz energisch eingeleiteter Salvarsankur keine Tendenz zur Abheilung und zum Verschwinden der Spirochäten zeigte. Erst nach endovenöser Applikation von Calomel-Diasporal erfolgte der Schwund der klinischen Erscheinungen.

Weinstock-Charlottenburg.

R. Nothaas: **Experimentelle Untersuchungen über die salvarsanresistente Lues.** Münch. med. Woch. Nr. 18, 1927.

Verfasser überimpfte das Blut zweier Fälle von salvarsanresistenter Lues auf Kaninchen und konnte feststellen, daß die Salvarsanresistenz der Spirochäten nach der Überimpfung nicht mehr nachweisbar ist. Auch besteht kein wesentlicher Unterschied zwischen der Inkubationsdauer der salvarsanresistenten Stämme und der anderer frisch vom Memschen gewonnenen Stänme. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

S. v. Szentkiralyi-Hodmezövasarhely: **Über die Lebensdauer der Spirochaeta pallida unter der Einwirkung der Wismutbehandlung.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 1927.

Während bei Anwendung von Neosalvarsan die lebenden Spirochäten aus den Papeln meist nach 12 Stunden völlig und für dauernd verschwinden, dauert dies bei reiner Hg-Behandlung sehr lange, oft noch über die Epithelisierung der Effloreszenzen hinaus. Die gleichen Verhältnisse wurden bei Anwendung des Wismuthlezithinpräparates Neobismosalvan untersucht. Dabei zeigte sich, daß das Verschwinden und die Herabsetzung der Lebensfähigkeit bei diesem Präparat nicht so prompt wie bei Salvarsan ist, aber meist verschwanden sie innerhalb 24 Stunden aus den Läsionen, die Vitalität der Spirochäten blieb in den ersten 24 Stunden unverändert, nahm aber dann rapid ab. *Krüger*-Sagan.

F. Jahnel: **Über das Vorkommen der Spirochaeta Duttoni im Hirngewebe des Menschen (Paralytikers) während der Rekurrenstherapie.** Münch. med. Woch. Nr. 48, 1926.

Es gelang dem Verfasser, bei 2 während der akuten Phase der Rekurrenstherapie verstorbenen Paralytikern, Rekurrensspirochäten im Nervensystem färberisch nachzuweisen, bei zwei weitern Fällen lieferte der Mäuseversuch ein positives Ergebnis. Die Rekurrensspirochäten finden sich frei im nervösen Parenchym, ohne nähere Beziehungen zu den Gewebs-

Digitized by Google

elementen, manchmal jedoch in der Nachbarschaft von Gefäßen und vorzugsweise in dem obersten, unmittelbar unter der Pia liegenden gliösen Randsaum der Hirnrinde. Auch in der Pia sind sie in nicht geringer Zahl vorhanden. *Weinstock*-Charlottenburg.

Hoffmann und *Armuzzi:* **Experimentelle Untersuchungen über salvarsanresistente Syphilisspirochäten.** D. m. W. 1927, Nr. 2.

Fortsetzung zu der Arbeit in Nr. 38 dieser Wochenschr. über Salvarsanresistenz und Salvarsandosierung. Verimpfung einer Genitalpapel (Rezidiv trotz starker erster Kur) der mit 3,05 g Natr. Salv. erneut vorbehandelten Patientin auf Kaninchen subscrotal; sämtliche Impfschanker gingen sehr schnell an und enthielten lange Zeit auffallend bewegliche Pallidae. Die prompte Wirkung von 0,02—0,03 g Neo- oder Natr. Salv. pro Kilo auf die Impfschanker und ihre Spirochäten bestätigt die Annahme, daß die Resistenz im wesentlichen auf einer Insuffizienz des betreffenden menschlichen Organismus beruht. Das Vorkommen völlig und dauernd resistenter Spirochätenstämme ist danach nicht anzunehmen.

O. Dittrich-Kiel.

F. Plaut: **Untersuchungen über die Sonderstellung des Nervensystems zur Spirochäteninfektion.** Münch. med. Woch. Nr. 38. 1926.

Dem Verfasser gelang es, Kaninchen, die bisher als unempfindlich gegenüber der Rekurrensspirochäte galten, durch subokzipitale Impfung mit Rekurrens zu infizieren. Es kam zu einem primären Haften der Spirochäten im Nervensystem unter Auftreten von Meningitiden. Die Spirochäten ließen sich im Liquor nachweisen, können aber auch ins Blut übertreten. Die Infektion kann auf das Nervensystem beschränkt bleiben; bei Überimpfung von Gehirn, Leber, Milz, Blut und Liquor eines Kaninchens erkrankten nur die mit Gehirn geimpften Mäuse an Rekurrens.

Auch nach intraperitonealer Rekurrensimpfung von Kaninchen dringen die Spirochäten ausschließlich in das Nervensystem ein und haften dort, ohne Liquorveränderungen herbeizuführen. Bei Organimpfungen gingen nur die mit Gehirn gespritzten Mäuse an.

Durch diese Versuche ist erwiesen, daß das Nervensytem des Kaninchens von der natürlichen Immunität dieses Tieres gegen Rekurrens ausgeschlossen ist, und somit eine Sonderstellung gegenüber anderen Organen einnimmt. *Weinstock*-Charlottenburg.

S. Orlow und *S. Fried:* **Die spontane Kaninchenspirochätose.** Venerologie u. Dermatologie 1927. Nr. 10.

Verfasser hatten Gelegenheit, eine spontane Kaninchenspirochätenepidemie zu verfolgen, wobei die Mehrzahl der Tiere im Alter von 1—2 Jahre standen. Bei 7% der erkrankten Kaninchen wurden Affektionen an den Genitalien und an anderen Stellen konstatiert. Durch die Behandlung mit Neo- wie mit Bi-Präp. kam es zur Heilung und im Laufe von 5 Monaten sind auch keine Rezidive beobachtet worden. Die Wa.-R. wie die R.-S.G. fiel in 48% völlig negativ, in den übrigen schwach positiv, in einem Falle stark positiv aus. Die in $\frac{1}{3}$ aller Fälle in der Spinalflüssigkeit beobachtete Pleozytose erklären Verfasser durch andere Infektionen, da sie für eine Infektion mit Spir. cuniculi nicht spezifisch ist. *A. Jordan.*

Digitized by Google

A.: Pasini, **Experimentelle Untersuchungen über die syphilitische Superinfektion und Immunitätserscheinungen bei Syphilis.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 3. S. 941.

Pasini hat bei 17 Fällen von Syphilis in verschiedenen Stadien experimentelle Superinfektionen vorgenommen, die ihn zu folgenden Schlüssen veranlassen: 1. Die experimentelle syphilitische Superinfektion kommt beim Menschen nicht in konstanter Weise zum Ausdruck; bei den vorliegenden Fällen gelang sie bei 70%. Die erhaltenen Veränderungen entsprechen fast immer den eigenen Charakteren der Erscheinungsperiode, in der sich spontan der Syphilitiker befindet. 2. Das heterologe Spirochätenmaterial verhält sich, wenn es in verschiedener Weise gleichzeitig bei verschiedenen Syphilitikern implantiert wird, verschieden, auch bei demselben Individuum gegenüber den verschiedenen Hautdistrikten. Indifferent gegen die Spirochätenverimpfung erwies sich das von tertiären syhilitischen Erscheinungen herrührende Narbengewebe. Es besteht also bei der Syphilis neben einer allgemeinen auch eine lokale Immunität. 3. Die der Verimpfung heterologen Spirochätenmaterials folgende allergische entzündliche Reaktion ist als eine histiogene Verteidigungsmaßnahme aufzufassen und bezweckt das Verschwinden des Parasiten. Das schließt aber nicht die Unmöglichkeit ein, daß spezifische Superinfektionserscheinungen auftreten. Es ist daher wahrscheinlich, daß die Spirochäten in der allergischen Gewebsveränderung in Formen und in Entwicklungsphasen persistieren, die wir mit den zu Gebote stehenden Untersuchungsmitteln nicht feststellen können. 4. Die heterologe Spirochätenverimpfung führt nicht immer zum Auftreten allergischer Reaktionen (lokale Immunität) und zu spezifischen Superinfektionserscheinungen. Man muß daher annehmen, daß neben einer Verteidigungsreaktion durch histiogene Immunität, welche sich in den allergischen Erscheinungen äußert, noch eine andere durch eine humorale Immunität besteht, welche sich klinisch nicht äußert. 5. Die autogene Spirochätenverimpfung gibt gewöhnlich viel leichtere und vorübergehendere allergische Reaktionen, als die Verimpfung heterologen Materials. 6. Die spezifischen Heilmittel, welche schnell und energisch gegen die Erscheinungen der spontanen Syphilis wirken, wirken langsam und verzögert auf die Produkte der heterologen Spirochätenverimpfung, deren Entstehung und zeitweise Entwicklung sie nicht verhindern. 7. Aufeinanderfolgende heterologe Spirochätenverimpfungen geben gewöhnlich allmählich stärkere, manchmal sehr mächtige allergische Reaktionen. Das spricht für eine durch aufeinanderfolgende Einführungen des syphilitischen Virus erworbene Hypersensibilität und Hyperreagibilität der Gewebe und findet das Gegenstück in Beobachtungen bei verschiedenen anderen infektiösen Krankheiten (*Zironi*). 8. Der Mechanismus der Sensibilität und histiogenen allergischen Reaktionen ist nicht gut gekannt und nachweisbar. Unter den Theorien, welche vor allem Wert auf die Verteidigungsreaktion durch Lymphozytose und eine teilweise durch die Elemente des retikulär-endothelialen Systems bedingte Phagozytose legen, zeigt die an den allergischen Produkten vorgenommene anatomische Untersuchung, ohne daß man ihre Bedeutung noch besonders bewerten kann, eine große Anteilnahme der Elemente des retikulär-endothelialen Systems.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Digitized by Google

Piccardi: **Experimentelle syphilitische Reinfektion.** Sez. piemontese d. soc. ital. d. Dermatol. 5. IV. 1927. Giorn. ital. d. Dermatol. S. 1057. 1927.

Bei einem mit Salvarsankuren behandelten Syphilitiker traten nach Verimpfungen mit heterologem Syphilismaterial drei spirochätenreiche Primäraffekte auf. 42 Tage später typisches makulo-papulöses Exanthem. Nach Injektion von Neoargirol starke Herxheimersche Reaktion. Der Patient litt an einer progressiven Paralyse, trotzdem bestand keine Immunität gegen die dermotropen Parasiten. Der Fall spricht also gegen die vermeintliche Dualität der Spirochäten. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

P. Mulzer: **Kann das Tierexperiment zur Diagnose der menschlichen Syphilis verwendet werden?** Münch. med. Woch. Nr. 38, 1926.

Der Verfasser spricht sich in der vorliegenden Arbeit dafür aus, das Tierexperiment in Fällen fraglicher Lues anzuwenden, insbesondere bei Fällen, die nach unserer heutigen Auffassung als abortiv oder durch die Malariabehandlung geheilt anzusehen sind. Bei Anstellung des Tierexperimentes muß man die neuesten Untersuchungsergebnisse von *Kolle* berücksichtigen, der auf die große Bedeutung der „stummen Infektion" bei Kaninchen hinwies und zeigte, daß bei diesen sogenannten „Nullern" die Verimpfung der Popliteadrüse oft noch ein positives Resultat zeitigt; häufig sogar erst in der 2. Drüsenpassage. Um den Prozentsatz negativer Impfresultate noch weiter herabzusetzen bzw. ganz zu beseitigen, empfiehlt der Autor ferner Weiterverimpfung von Organen der sogenannten „Nuller" und genaue Beobachtung von Liquorveränderung bei den geimpften Kaninchen. Auf diese Weise dürfte es gelingen, aus einem negativ verlaufenen Tierversuch weitgehende Schlüsse auf das Nichtvorhandensein von Syphilis bzw. die Heilung derselben bei dem Spender des Ausgangsmaterials zu ziehen. *Weinstock*-Charlottenburg.

L. Lombardo und *G. Tornabuonid:* **Untersuchungen über die Empfänglichkeit des Lamas für Syphilis.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 298.

Auf Grund der Mitteilungen aus der Literatur und eigener Versuche kommen *Lombardo* und *Tornabuonid* zu folgenden Schlüssen: Entgegen den Mitteilungen der Versuche von *Lancellotti* und *Jauregui* hatte keines von den etwa 30 in Europa beobachteten Lamas Anzeichen ähnlich der Syphilis gezeigt; keines dieser Lamas zeigte sich nach Inokulation mit verschiedenen von Menschen und Kaninchen stammenden Spirochätenstämmen bei verschiedener Technik auch nur im geringsten Grade empfänglich für Syphilis.

Die unsicheren Ergebnisse, welche *Lancellotti* und *Jauregui* durch das Serum immunisierter Lamas erzielten, ergaben nichts anderes, als die seit vielen Jahren erzielten Ergebnisse mit den Seren anderer Tiere und des Menschen in den verschiedenen Perioden der Infektion.

Derartige Versuche sind durch positive Kontrollversuche auf eine sichere Basis zu stellen, um aus ihnen therapeutische Schlüsse für ihre Anwendung zu ziehen. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

A. Pasini: **Über die Verimpfbarkeit der Syphilis auf das Lama.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 306.

Negative Impfversuche mit Syphilis an 5 Lamas. *Pasini* schließt, daß das Lama für Syphilis nicht empfänglich ist, wofür auch die negativen Ergebnisse an anderen Instituten sprechen.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Digitized by Google

Bosellini, P. L.: **Die experimentelle Syphilis beim Lama.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 296.

Neun Inokulationsversuche von Syphilis auf Lamas ergaben absolut negative Ergebnisse. Das Inokulationsmaterial stammte von Primäraffekten und syphilitischen Papeln. Die Inokulationen erfolgten am Präputium und Skrotum, auf die Schleimhaut der großen Labien, intraskrotal und in die vordere Augenkammer. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Albrecht und *Evers:* **Zur Frage der Wirkung von Wismutschmierkuren bei experimenteller Kaninchensyphilis.** M. K. 1927, 8.

Verfasser hatten nach Giemsas Vorgang, der prüfen wollte, ob „ein jeder haptophoren Gruppe bares organisches Produkt, wie es sein Triphenylwismut war, die Spirochäten in vivo überhaupt zu beeinflussen vermöge," ihrerseits nachweisen wollen, ob die Wismutschmierkur ohne Schädigung des Tieres für die Kaninchensyphilis therapeutisch in Frage kommt. Sie waren dabei zu einem absprechenden Urteil (entgegen Giemsa) über das perkutan einverleibte Bi. gekommen. In ihren jetzigen Nachprüfungen mit dem Giemsaschen Präparat selbst und unter Widerlegung von Giemsas sonstigen Einwänden kommen sie zu dem Schluß, daß, wenn auch eine Einwirkung auf die Spirochäten des Kaninchenschankers nicht abzuweisen sei, eine therapeutisch brauchbare Beeinflussung der Kaninchensyphilis durch Wismutschmierkuren nicht in Frage kommt, da kurative und toxische Dosen sich hier zu sehr nähern. Die intramuskuläre Bi.-Injektion dagegen vermag schon nach einmaliger Gabe von 3 mg des gleichen Bi.-Präparats den Kaninchenschanker zu heilen. *Siegfried*-Aachen.

S. Orloff: **Die heilenden und toxischen Eigenschaften des Triparsol bei experimenteller Syphilis der Kaninchen.** Venerologia u. Dermatologia 1927. Nr. 3.

Das Triparsol entwickelt bei der experimentellen Syphilis der Kaninchen eine ziemlich langsame Wirkung auf die Spir. pallida und nur in Dosen, welche höchst toxisch für die Kaninchen sind, so daß es dem Stovarsol nachsteht. *A. Jordan.*

Uhlenhuth und *Großmann:* **Untersuchungen zur Frage der Vererbung der experimentellen Kaninchensyphilis.** M. K. 1927, 1.

Spirochäten im mütterlichen Blut sind allein nicht entscheidend für intrauterine Übertragung, auch latente Lues fehlte in mehreren Fällen. Luesübertragung durch syphilitisches Sperma fand in den 3 Fällen nicht statt, die zum Versuch herangezogen wurden. Außer Kontakt von mütterlichem und fötalem Blut spielen noch andere Faktoren mit. Vielleicht ist Plazenta nicht immer für Spirochäten durchgängig, sondern nur zeitweilig, oder Föten sind zeitweilig nicht empfänglich. Da Kaninchengravidität nur 4 Wochen dauert, sind überhaupt diese Tierversuche nicht vorbehaltlos für Menschen bindend. Das Problem der Luesvererbung wird demnach durch experimentelle Kaninchensyphilis schwerlich zu lösen sein. *Siegfried*-Aachen.

Uhlenhuth und *Großmann:* **Experimentelle Untersuchungen zur Frage der chemo-therapeutischen Ausheilung der Kaninchensyphilis.** D. m. W. 1927. Nr. 7.

An zwei Versuchsreihen, von denen die erste Kaninchen mit frischen Erscheinungen schwerer Allgemeinsyphilis, die andere Tiere aufwies, deren

Digitized by Google

manifeste Erscheinungen schon seit längerer Zeit abgeheilt waren, wurde die Frage der Ausheilung nach Behandlung mit großen Dosen von Neosilbersalvarsan bzw. atoxylsaurem Wismut untersucht. Methodik: Kombination von Organverimpfung (Leber-Milz-Knochenmark) und Poplitealdrüsenverimpfung (bis zu 2 Passagen), Neosilbersalvarsan 0,1 oder atoxylsaures Wismut 0,06—0,1 pro kg 113 Tage — 8 Monate nach der Impfung, Kontrollen. In Reihe I war in keinem Falle, weder bei der primären noch bei der sekundären Impfung Angang zu beobachten, während Organe und Drüsen der Kontrolle bei gesunden Hoden typische Erkrankungen hervorriefen. An den Versuchstieren der Reihe II war vor der Behandlung durch positiven Ausfall der Poplitealdrüsenverimpfung die latente Infektion nachgewiesen worden. Auch bei dieser Reihe erkrankte nur die mit Drüsen und Organen der Kontrolle geimpften Tiere. Auf Grund dieser Ergebnisse nehmen Verfasser an, daß alle behandelten Tiere spirochätenfrei, also völlig geheilt waren, vorausgesetzt, daß die Methodik zuverlässig sei. Die negativen Ausfälle ihrer Versuche mit Verimpfung von anderen Organen wie Niere, Lunge, Herz, Muskel und Gehirn zeigten jedenfalls, daß diese sicher nicht als Spirochätendepots bevorzugt sind. Völlige Klarheit über die Infektiosität des verseuchten Organismus würde erst die technisch äußerst schwierige Verimpfung des ganzen Tieres bringen. Die beiden Reihenversuche stehen im Widerspruch zu der Reinfektionstheorie *Kolles*, nach welcher Kaninchen im Spätstadium nur in ganz vereinzelten Fällen heilbar seien, daß also die negative Reinfektion als Zeichen einer noch bestehenden Erkrankung aufzufassen sei. Verfasser haben an 4 Tieren 3—4 Monate nach der geschilderten Behandlung Reinfektionen vorgenommen und bis jetzt (1¼—2¼ Monate Beobachtungszeit) kein Angehen derselben festgestellt, während die Kontrollen nach 3—4 Wochen positiv ausfielen. *O. Dittrich*-Kiel.

J. F. Schamberg: **Therapeutic effect of hot baths in experimental primary syphilis in rabbits. (Therapeutischer Erfolg von heißen Bädern bei experimenteller, primärer Kaninchensyphilis.)** Philadelphia. Journ. Americ. Med. Ass. 1927. Nr. 16.

Schamberg und *Rule* gelang es bei primärer Kaninchensyphilis, 4 Tage nach der intratestikulären Infektion, durch heiße Bäder (113° Fahrenheit, 15 Minuten Dauer), an aufeinanderfolgenden Tagen gegeben, eine Weiterentwicklung der Lues zu verhindern. Die Körpertemperatur wurde jedesmal um 4° F. erhöht. Drei Kaninchenskroti wurden mit Spirochätenemulsion (Menschenspirochäten mit Tierpassage) geimpft. Zwei Kaninchen erhielten heiße Bäder, eins diente als Kontrolltier. 8 Tage später gute Abheilung der Schanker. Schankersaft spirochätenfrei. 2 Wochen später vollständige Abheilung. Kontrolltier zeigte 32 Tage nach der Infektion deutliche Schankerbildung mit zahlreichen Spirochäten. Als Beweis wurden die Inguinaldrüsen der Versuchstiere 75 Tage nach der Infektion herausgenommen, zerrieben und bei anderen Kaninchen injiziert. Negatives Resultat nach 83tägiger Beobachtungszeit. *Röntz*-Bonn.

Königsberg und *Gitmann:* **Zur Frage des Mechanismus der Wirkung des NS bei der Spirochätose der weißen Mäuse.** Venereologia u. Dermatologia 1827, Nr. 7.

Auf Grund ihrer Versuche sind die Verfasser zur Überzeugung gekommen, daß das Salvarsan nicht im vollen Sinne des Wortes spirillotrop

Digitized by Google

ist. Unzweifelhaft wirkt es aber sehr stark reizend und vielleicht spezifisch aktivierend auf die Spirochäten ein, was jedoch noch weiterer Forschungen bedarf. *A. Jordan.*

Silaenkoff: **Zur praktischen und theoretischen Bedeutung des Luetin-Brusson.** Venerologia u. Dermatologia 1926, Nr. 6.

Die Luetinprobe verdient als diagnostisches Hilfsmittel Beachtung. *A. Jordan.*

E. Lehner und *E. Rajka*-Budapest: **Die Luetinreaktion bei der Syphilis.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 15. 1927.

Gearbeitet wurde mit ***Brusson***schem Organluetin. Im ganzen wurden 367 Fälle untersucht in den verschiedensten Stadien der Lues und auch Nicht-Luetiker. In 38,8 % der Fälle war bei Luetikern die Reaktion positiv. Diese positiven Fälle wurden gleichzeitig mit unspezifischen Stoffen (Aolan, Serum) und Tuberkulin geimpft. Während bei den ersteren nur selten positive Reaktionen zu erzielen waren, waren in etwa 75 % der Fälle positive Tuberkulinreaktionen vorhanden. Die verschiedenen Stadien der Lues waren auch verschieden stark an den positiven Ausfällen beteiligt. Während die positive Kutanreaktion im primären Stadium zwar 32,8 % und im tertiären auf 84 %. Ein Zusammenhang zwischen der Wa.-R. und der positiven Luetinreaktion war nicht nachweisbar. Ebenso war der Einfluß der spezifischen Behandlung auf den Ausfall der Reaktion nicht eindeutig. Die Behandlung kann die Intensität der Kutanreaktion sowohl in positiver wie in negativer Richtung verändern. *Krüger*-Sagan.

Piccardi: **Weitere Ergebnisse mit heterologen Einimpfungen bei Syphilitikern.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 5. S. 1464.

Fortsetzung der schon früher berichteten Versuche. Bei zwei in der primären Periode energisch mit Salvarsan behandelten Syphilitikern wurde eine wahre Reproduktion der Lues erzielt. Bei einem Patienten mit Roseola recidivans und drei Tabikern war das Resultat negativ. Bei einer Frau mit tertiärer gummöser und rupiaartiger Syphilis erfolgte nach Skarifikation am Arm nach kurzer Inkubation ein Syphilid vom korymbiformen Typus. Kontrolleinimpfung mit positivem inaktiviertem Serum von Paralysis progressiva gab ein negatives Resultat. Die Intradermoreaktion mit Luetin *Busson* veranlaßte eine erythemato-pomphoide Veränderung, welche in einigen Tagen spurlos abheilte.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

P. Wichmann-Hamburg: **Erfahrungen mit einem neuen Syphilisdiagnostikum aus Pallidareinkultur.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 21. 1927.

Gearbeitet wurde mit dem Pallidadiagnostikum der sächsischen Serumwerke, das einmal als Pallidareinkultur, sodann als Pallidaautolysat hergestellt wurde. Die Ergebnisse waren folgende: Bei 5 sicher luesfreien Patienten fanden sich sowohl auf P.-R. als auf A.-R. Infiltrate und Rötungen, wenn auch nur für kürzere Zeit. Bei Lues I wurde nur in einem Falle eine deutliche Reaktion gesehen. Bei Lues II waren die Resultate schon befriedigender, ein positiver Ausfall der Reaktionen war in 80 % der Fälle vorhanden. Die A.-R. ist meist wesentlich schwächer als die P.-R. und wohl als Diagnostikum wenig brauchbar. Die Nachprüfung an einem größeren Material wird empfohlen. *Krüger*-Sagan.

Digitized by Google

Kiss: **Serologischer Luesnachweis mittels Lezithinausflockung.** M. K. 1927, 49.

Während bislang die Flockbarkeit des Lezithins durch Zusatz von Cholesterin oder Harzen erhöht wurde, gibt Verf. hier mit genauer Technik ein Verfahren an, das die Verwendung des Lezithins ohne Zusätze als recht brauchbares Antigen ermöglicht. Diese Reaktion ist auch für quantitative Bestimmungen, z. B. der Spinalflüssigkeit gegenüber geeignet. In frischen Luesfällen hat Verf. selbst noch in 100—220facher Verdünnung erkennbare Flockung gesehen. Da hier eine chemisch definierte Substanz als Antigen benutzt wird, läßt sich mit ihrer Hilfe auf den neugeschaffenen theoretischen Grundlagen vielleicht eine Standardisierung der serologischen Untersuchungsmethoden in Angriff nehmen. *Siegfried*-Aachen.

G. Peli: **Die Reaktion von Vernes.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 816.

Peli, der die Reaktion von *Vernes* gleichzeitig mit der *Wassermann*- und *Meinicke*-Reaktion an 2056 Seren geprüft hat, äußert sich über seine Erfahrungen folgendermaßen: Die Reaktion von *Vernes* ist Veränderungen des Serums gegenüber empfindlicher als die beiden anderen Reaktionen; bei aktiver Syphilis ist sie ebenso spezifisch; sie erscheint bei primärer Syphilis früher als die Wa.-R. und auch etwas früher als die Meinicke-R. Bei behandelter Syphilis erreicht sie den Nullpunkt etwa gleichzeitig mit den beiden anderen Reaktionen, doch ergibt sie etwas früher niedere Werte, Die *Vernes*-R. hat den Vorteil vor den anderen Methoden, die Wirkung des Medikamentes schneller deutlich werden zu lassen. Die Verwendung der Apparatur für die *Vernes*-Reaktion gestattet eine größere Präzision und Konstanz der Resultate. Aber die Anwendung der *Vernes*-Reaktion allein, als einzige Methode, ist nicht anzuraten, wie auch die der anderen Reaktionen, einschließlich der Wassermann-Reaktion. Vom klinischen Gesichtspunkte aus ist die starke Empfindlichkeit gegen Veränderungen des Serums, die von verschiedenen uns bekannten Ursachen abhängig sein kann, sicherlich ein Nachteil, da sie eine gewisse Aspezifität bedingt und dadurch Unsicherheit schafft. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

L. Mazzini: **Die Reaktion von Kahn (zweite Modifikation.) verglichen mit der Wassermann- und der Meinicke-Trübungs-Reaktion.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 736.

Eingehende Prüfung der *Kahn*schen Reaktion (zweite Modifikation — Serum diagnosis of syphilis by precipitation. *Williams* und *Wilkins*. Baltimore. 1925). Nach den Ergebnissen *Mazzinis* ist die *Kahn*sche zweite Reaktion empfindlicher als die originelle Methode *Wassermanns*, aber weniger empfindlich als die *Meinicke*sche Trübungsreaktion. Die Methode ist aber nicht allein anzuwenden, da sie manchmal bei syphilitischen Seren völlig negative Resultate gibt, wo die *Wassermann*- und *Meinicke*-Reaktion schwach positiv ausfallen. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

R. L. Kahn, L. P. Kendrick and *J. L. Landau:* **Report on three hundred thousand Kahn tests. (Ergebnis von 300000 Kahn-Reaktionen.)** Lansing. Journ. Americ. Med. Ass. 1927. Vol. 89. Nr. 2.

Verfasser kamen bei ihren Untersuchungen zu folgendem Ergebnis: Die Kahnsche Reaktion ist neben der Wa.-R. von großer Bedeutung für die Luesdiagnose. Bei 174580 Seren war die K.-R. empfindlicher als die

Digitized by Google

Wa.-R. Dasselbe zeigte sich bei 8,661 Seren von behandelten Luetikern. Dagegen wurden bei 1,184 Liquoruntersuchungen fast die gleichen Resultate erzielt. *Röntz*-Bonn.

J. Finkelstein und *Aristowa:* **Die Kahnsche Reaktion und der ihr zukommende Platz unter den Methoden zur Diagnose der Syphilis.** Venerologia u. Dermatologia 1927. Nr. 5.

Es wurden 4242 serologische Untersuchungen angestellt, wobei stets die R.-K. gleichzeitig mit der R.-W. und R.S.G. aufgestellt wurde. Eine Übereinstimmung aller 3 Reaktionen fand statt in 97,2%; eine solche zwischen der R.-K. und R.-S.-G. in 95,9% und eine solche zwischen R.-K. und R.-W. in 95,4%. Es ist die R.-K. in allen Stadien der Syphilis empfindlicher als die R.-W. und die R.-S.-G. Sie deckt sich in 99,22% mit den klinischen Erscheinungen. Der Kahnschen Reaktion gebührt daher der erste Platz unter den bisher üblichen Ausflockungsreaktionen. *A. Jordan.*

Nieuwejaar, L.: **Über die Kahnsche Syphilisreaktion.** Medizinische Revue. 43. Jg. S. 145.

Die Kahnsche Reaktion ist schneller und sicherer als die Wa.-R., mit der sie in 90% der untersuchten Fälle Übereinstimmung zeigte. Die tertiären Syphilisformen wurden durch die Kahn-Reaktion öfters als durch die Wa.-R. gefunden. *A. Kissmeyer.*

J. G. Hopkins and *W. M. Brunet:* **The Kahn precipitation test for syphilis. (Die Kahnsche Reaktion bei Syphilis.)** Neuyork. Journ. Americ Med. Ass. 1927. Nr. 5.

Verfasser heben die Vorzüge der Kahnschen Reaktion hervor: Einfachheit und Schnelligkeit des Verfahrens. Gegenüber der Wa.-R. können sowohl Serum wie Antigen in stärkeren Konzentrationen verwandt werden. Bei Lues I soll die K.-R. empfindlicher als die Wa.-R. sein. Zwecks Aufstellung eines Vergleichs wurden Fragebogen an 22 Laboratorien versandt, die folgendes Ergebnis zeigten: 1. Zahl der untersuchten Seren: 41002. 2. Zahl der Seren mit positiver Wa.-R. und K.-R.: 8878. 3. Zahl der Seren mit negativer Wa.-R. und K.-R.: 28934. 4. Zahl der Seren mit negativer Wa.-R. und positiver K.-R.: 731. 5. Zahl der Seren mit positiver Wa.-R. und negativer K.-R.: 832. 6. Zahl der Seren mit zweifelhaften Resultaten: 1627. *Röntz*-Bonn.

F. Berry, L. F. Ey and *G. M. de Long:* **Studies on the Kahn Test.** Columbus. Ohio. Journ. Americ. Med. Ass. Nr. 17. 1927.

In 15049 Fällen wurden Serumuntersuchungen sowohl mit der Wassermannschen Reaktion als auch mit der Kahnschen Reaktion vorgenommen. Es zeigte sich folgendes Ergebnis: In 89,13% vollkommene Übereinstimmung der beiden Reaktionen. In 6,54% waren leichte Differenzen vorhanden und in 4,32% zeigten sich ganz verschiedene Resultate. Bei den letzteren, es handelte sich um 651 Sera, waren 383 von Luetikern. Von diesen wiederum waren 286 Kahn-positiv und Wassermann-negativ bzw. 97 Kahn-negativ und Wassermann-positiv. Verfasser empfehlen die K.-R. wegen ihrer Empfindlichkeit, Kürze und Einfachheit der Ausführung. *Röntz*-Bonn.

T. G. Hull: **Twenty-six thousand Kahn tests compared with the Wassermann. (26000 Kahn-Reaktionen im Vergleich mit Wassermann-Reaktionen.)** The journal of the american medical association, Bd. 88, S. 1865.

Digitized by Google

Eine Übereinstimmung zwischen beiden Reaktionen wurde in 97,8 % gefunden. Die Krankengeschichten von 200 Fällen, bei denen Wassermann- und Kahn-Reaktionen nicht übereinstimmten, zeigten, daß die Kahn-Reaktion ein feinerer Indikator als die Wassermann-Reaktion ist. Die Vorteile der Kahn-Reaktionen liegen in der Ersparnis von Arbeit, Zeit und Kosten. *Memmesheimer*-Bonn.

Gribanow: **Die Kahnsche Reaktion zur Diagnose der Syphilis.** Venerologia u. Dermatologia 1927. Nr. 6.

Die in ihrer Technik so einfache Kahnsche Reaktion, welche sich in Fällen von latenter Syphilis empfindlicher als die Wa.-R. erweist, ist gemeinsam mit der letzteren geeignet, das Maximum der Fälle von Syphilis zutage zu fördern. *A. Jordan.*

R. L. Kahn: **Micro-Kahn Reactions (Micro-Kahn Reaktionen).** Journ. Am. Med. Ass. Bd. 87, Nr. 25, 1926.

Ein Tropfen Serum oder weniger genügt, um die Reaktion mit einem hohen Genauigkeitswert anzustellen. *Memmesheimer*-Bonn.

I. E. Houghton, Oskar B. Hunter and *Tomas Cajigas:* **The Kahnt Test.** Washington. Journ. Americ. Med. Ass. 1926. Nr. 23.

Kurzer Bericht über den Wert und die Bedeutung der Kahnschen Reaktion. Verfasser führten in 13971 Fällen sowohl die Wa.-R. als auch die K.-R. aus. In allen Luesstadien, besonders aber bei Lues I, war die K.-R. bedeutend empfindlicher als die Wa.-R. Die erstere hat außerdem den Vorteil, daß sie, was die Reagentien anbetrifft (Tiermangel in den Tropen), leichter anzustellen ist als die Wa.-R. *Röntz*-Bonn.

Maderna Candido: **Die Enzymreaktion bei Syphilis.** Giorn. ital. di Dermatol. 1926. H. 6. S. 1618.

Maderna schildert eingehend die Technik der Enzymreaktion, welche er bei 394 Fällen von Syphilis und auch bei anderen Krankheiten, insbesondere bei Lepra anstellte. Gleichzeitige Anwendung der Wa.-R.

Bei einer großen Zahl von Fällen ergaben die Enzymreaktion und die Wa.-R. dieselben Resultate. Stärker positiv fielen die Fälle mit frischer Syphilis und mit noch vorhandenen Erscheinungen aus; geringe Abweichungen wurden bei tertiären Formen und kongenitaler Lues festgestellt. Bei tuberöser Lepra fiel die Enzymreaktion im Gegensatz zur Wa.-R. konstant negativ aus. Bei zweifelhaften und nicht-syphilitischen Fällen erhielt der Autor übereinstimmende Resultate mit der Enzym- und Wassermann-Reaktion. Er nimmt an, daß die Enzymreaktion spezifisch ist.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Fritz Knigge: **Über klinische Erfahrungen mit der Fuchsinsublimatreaktion nach Takata-Ara.** Münch. med. Woch. Nr. 44, 1926.

Die beiden japanischen Autoren haben den Wert ihrer neuen Reaktion bisher an mehreren hundert Fällen geprüft. Diese besteht darin, daß zu 1 ccm Liquor ein Tropfen einer 10 %igen Natriumkarbonatlösung und dazu 0,3 ccm einer frischbereiteten Mischung aus gleichen Teilen einer 0,5 %igen Sublimat- und einer 0,02 %igen Fuchsinlösung hinzugefügt werden. Der normale Liquor zeigt danach eine blau-violette Farbe und bleibt völlig klar. Bei luetischen Erkrankungen des Nervensystems tritt

Digitized by Google

eine Ausflockung mit blau-violettem Niederschlag und darüberstehender wasserklarer Flüssigkeit ein. Bei nicht luetischer Meningitis kommt es zu einer Rosaverfärbung ohne Ausflockung.

Da in 95,9% der Fälle eine Übereinstimmung mit der Wa.-R. im Liquor festgestellt werden konnte, so kann die Reaktion als wertvolle Bereicherung der Liquordiagnostik angesehen werden. Die Probe ist aber nicht für Lues spezifisch. Die Wa.-R. wird durch die Ausführung der Reaktion nicht überflüssig gemacht. *Weinstock*-Charlottenburg.

Abadjieff: **Erfahrungen mit der R. Müllerschen Ballungsreaktion bei der Serodiagnostik der Lues.** M. K. 1927, 50.

Die Ballungsreaktion ist als weiteres Stadium der Flockungsreaktion anzusehen. Sie wird angestellt mit einem alkoholischen cholesterinierten Extrakt als Antigon, der neuerdings fabrikmäßig von *Schering* hergestellt wird. Gemäß genau angebener Technik ist obige Reaktion ziemlich umständlich und auch sonst ist Verf. mit dem Ergebnis seiner Nachuntersuchungen nicht recht zufrieden. Die Ballungsreaktion ist weniger empfindlich als die früheren Flockungs- und Trübungsreaktionen, von Wa. ganz zu schweigen, auch gibt sie öfters unspezifische Ergebnisse. Trotzdem Verf. 180 Seren prüfte, möchte er aber doch nicht das letzte Wort über den Wert obiger Reaktion gesprochen haben. *Siegfried*-Aachen.

J. Kamenetzky und *Kaplan-Began:* **Versuche mit einer modifizierten Kodama-Reaktion zur serologischen Syphilisuntersuchung.** Venerologia u. Dermatologia 1927, Nr. 11.

Die Modifikation bestand in der Verwendung von verdünnten Seren, 1 : 5. Antigene wurden aus Ochsen-, Schaf-, Pferde-, Schweine- und Meerschweinchen-, Hühner- und Gänseherz hergestellt, wobei sich als beste diejenigen aus Ochsen- und Gänseherz erwiesen. In 90% der Fälle stimmten die Resultate der Kodana-Reaktion mit denjenigen der Wassermannschen wie der Meinickeschen 3. Trübungsreaktion überein.

A. Jordan.

Armuzzi Giuseppe: **Die Häufigkeit des Befundes des Treponema pallidum im Liquor cerebro-spinalis Syphilitischer.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 1. S. 72.

Mittelst seiner in dieser Zeitschrift Bd. 47 S. 261, 1926, beschriebenen Schnellmethode hat *Armuzzi* bei 131 Fällen von Syphilis das nach Mischung von 4 Teilen Liquor und 8 Teilen 96%igem Alkohol nach Zentrifugieren erhaltene Coagulat untersucht. Von diesen 131 Syphilitikern verschiedenen Stadiums wurden 150 Coagula der Methode unterworfen; bei 8 Fällen war der Befund bezüglich des T. p. ein positiver. Die positiven Befunde betrafen Lues recens (ein Tonsillenschanker mit Roseola), 2 Fälle von Syphilis in der sekundären Latenzperiode, 4 Fälle von Paralyse, einen Fall von Syphilis cerebrospinalis. Bei allen diesen Fällen zeigte der Liquor des Duralsacks schwere spezifische Veränderungen: Pleozytose, Positivität der Globulin-, Serum- und kolloidalen Reaktionen. 19 Lumbalpunktate von Syphilitikern nach einer Malaria-Salvarsanbehandlung ergaben negativen Treponemenbefund trotz Weiterbestehens der pathologischen Veränderungen. Die in der Regel sehr spärlichen Spirochäten finden sich frei in der Flüssigkeit, anscheinend in ihrer Form und Struktur nicht verändert und durch das Trauma des langen Zentrifugierens wenig oder nicht geschädigt. Nie

Digitized by Google

fanden sich Spirochäten in den Zellen der Flüssigkeit und ebensowenig Zeichen von Degeneration an denselben.

Auch mit bezug auf die neueren Untersuchungen beim menschlichen und experimentellen Rückfallfieber spricht *Armuzzi* die Hypothese aus, daß die Spirochäta pallida im latenten Zustand im Lumbalpunktat leben kann, daß dasselbe für sie keinen günstigen Nährboden darstellt und daß sie sich unter dem Einfluß der defensiven Kräfte des Organismus und der in den Organismus eingeführten chemo-therapeutischen Heilmittel dort nur in begrenzter Weise entwickeln kann.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Golla und *Herrmann:* **Zur Frage der Beschwerden (Meningismus) nach Lumbalpunktiom.** M. K. 1926, 51.

Organe, die infolge bestehender Mehrdruckleistung von dieser plötzlich entlastet werden, zeigen nach längerer Zeit eine Überfunktion, z. B. der Darm, wenn ein stenosierendes Karzinom durch Anlegen eines Anus präternaturalis als Hindernis ausgeschaltet wurde oder eine hydronephrotische Solitärniere nach Behebung eines Ablaufhindernisses. Ein gleiches soll auch dem Meningismus zugrunde liegen. Durch Ablassen von Liquor entsteht im Lumbalkanal ein Unterdruck, der schnell durch Regulation vom Plexus choriodeus ausgeglichen wird. Dabei schießt diese Regulation über das Ziel hinaus bis zum Überdruck, der etwa 2—3 Stunden nach Punktion nachweislich eintritt, also im gleichen Zeitpunkt, da sich der Meningismus ja auch auf der Höhe zu zeigen pflegt. Je mehr Liquor man also entfernt, desto länger und intensiver dauern hinterher die Beschwerden und umgekehrt. Tabiker leiden deshalb so selten unter Meningismus, weil ihr Plexus-Reguliermechanismus nicht mehr intakt ist. Der aseptische Meningismus nach Lufteinblasen hat mit unserem Meningismus nichts zu tun, da ihm keine Druckerhöhung, sondern Reizzustände zugrunde liegen. Nutzanwendung: Mit dünner Nadel punktieren bei Horizontallage, letztere 12 Stunden über Punktion hinaus noch beibehalten lassen. Punktionsbeschwerden sollen dann fast nie eintreten.

Siegfried-Aachen.

R. Braun-Leipzig: **Die beschwerdefreie Lumbalpunktion.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 6. 1927.

Verfasser empfiehlt zur Lumbalpunktion gewöhnliche, ½ mm starke, 8 cm lange Rekordkanülen mit langer scharfer Spitze zu benutzen, weil dadurch der Meningismus entweder ganz vermieden oder sehr eingeschränkt wird. Bei den starken Quinkeschen Nadeln kommt es infolge der Stärke und der kurz geschliffenen Spitze zu starken seitlichen Einrissen der häutigen Membran des Rückenmarks und daher können sich auch viele stärkere Blutergüsse ins Gewebe bilden, welche die unangenehmen Nebenerscheinungen der Lumbalpunktion hervorrufen. *Krüger*-Sagan.

V. Kafka und *Richard Weiß:* **Eine neue Apparatur zur Liquoruntersuchung.** Münch. med. Woch. Nr. 1, 1927.

Die Apparatur gestattet die Ausführung fast aller neuzeitlichen Methoden der Liquoruntersuchung. *Weinstock*-Charlottenburg.

Ladislaus Benedek und *Eugen v. Thurzo:* **Zur Technik der subokzipitalen Punktion.** Münch. med. Woch. Nr. 52, 1926.

Digitized by Google

Ausführliche Beschreibung eines Halskompressors zur Kompression der V. jugularis bei der Zisternenpunktion in sitzender Stellung. Hierdurch wird das spontane Fließen des Liquors ohne Ansaugen ermöglicht. Die sizende Stellung bei Ausführung der subokzitalen Punktion ist der liegenden vorzuziehen, weil bei ihr ein Abweichen der Nadel von der Sagitallebene unmöglich ist. *Weinstock*-Charlottenburg.

Eggar Trautmann: **Eine Sitzvorrichtung zur Vereinfachung der Lumbalpunktion.** Münch. med. Woch. Nr. 49, 1926.

Genaue Beschreibung der Konstruktion eines Stuhles, dessen Mechanismus es ermöglicht, ohne Hilfskraft und ohne Zwang den Kranken nicht nur leicht in maximale Rückenkrümmung zu versetzen, sondern auch das Einziehen des Kreuzes während der Punktion zu erschweren.

Weinstock-Charlottenburg.

Alois M. Memmesheimer: **Zur Bewertung der Reaktionen im suboccipital gewonnenen Liquor cerebrospinalis.** Münch. med. Woch. Nr. 35, 1927.

Gleichzeitig an denselben Patienten vorgenommene Lumbal- und Suboccipitalpunktionen ergaben, daß zur Beurteilung des durch Suboccipitalpunktion gewonnenen Liquors durchschnittlich geringere Normalwerte für die einzelnen Reaktionen eingesetzt werden müssen, als sie für den Lumballiquor üblich sind. So sind schon spurweis positive Nonne- und Pandyreaktionen verdächtig, die normale Zellzahl muß auf 10/3 festgesetzt werden. Für die Goldsol- und Mastixreaktionen sind schon Ausfällungen vom Typ 01210 als nicht mehr normal aufzufassen.

J. Weinstock-Charlottenburg.

A. Mader: **Über Besonderheiten des Säuglingsliquors.** Münch. med. Woch. Nr. 32, 1927.

Durch Versuche mit Agglutininen und kolloidalen Farbstoffen konnte gezeigt werden, daß im frühen Säuglingsalter die Blut-Liquorschranke noch nicht vollkommen abgedichtet ist, was sich wohl durch Quellungsvorgänge in dem erheblich wasserreicheren Gewebe des im Wachstum begriffenen Säuglings erklären läßt. Im Gegensatz zu diesen Resultaten gelang es aber nicht, bei luischen seropositiven und liquornegativen Säuglingen durch Reizung der Meningen infolge endolumbaler Injektion von 2 ccm Ringerlösung eine positive Wa.-R. hervorzurufen. Das besagt praktisch, daß eine positive Reaktion im Liquor sich nicht aus dem Übertritt der komplementbindenden Stoffe aus dem Blut erklärt, sondern daß sie im Zentralnervensystem selbst bei Erkrankungen desselben entstehen.

J. Weinstock-Charlottenburg.

O. Hirsch-Tabor und *Hildegard Vollmar:* **Über experimentelle Beeinflussung der Liquorsekretion.** Münch. med. Woch. Nr. 17, 1927.

Versuche mit intravenös injizierter, menschlicher Lumbalflüssigkeit an Kaninchen ergaben, daß dem Wa.-positiven Liquor in einem sehr hohen Prozentsatz eine anregende Wirkung auf die Liquorsekretion zukommt. Wa.-negativer menschlicher Liquor sowie menschliches Serum (positiv und negativ) waren fast ausnahmslos ohne Einwirkung auf die Liquorsekretion. Es wird angenommen, daß die plexus-reizende Wirkung auf einer Substanz beruht, die beim pathologischen (luetischen?) Hirnabbau entstellt und in den Liquor übergeht. Unentschieden bleibt, ob auch beim normalen Hirnstoffwechsel eine plexus-reizende Substanz gebildet wird.

J. Weinstock-Charlottenburg.

Digitized by Google

Ch. Garkawi: **Zur Technik der Zisternenpunktion.** Münch. med. Woch. Nr. 48, 1926.

Da bei der Ausführung der Zisternenpunktion in sitzender Stellung der Druck des Liquors ein negativer ist, während der Inspiration der Liquordruck aber um ca. 20 mm steigt, ließ der Verfasser nach Durchstechung der Membrana-atlanto-occipitalis den Patienten „sich aufblähen", d. h. nach einer tiefen Inspiration den Atem anhalten. Auf diese Weise erhielt er ohne die bisher übliche Kompression der Vena jugularis am Halse die nötige Liquormenge. *Weinstock*-Charlottenburg.

E. Wichmann: **Die Permeabilität der Grenzflächen zwischen Blut und Liquor — ein Problem.** Krankheitsforschung Bd. V, S. 150, 1927.

Zusammenfassende Übersicht des Verfassers über eigene sowie fremde Untersuchungen, aus der hervorgeht, daß Ansätze zur Lösung des genannten Problems vorhanden sind, daß aber der weiteren Forschung noch viel zu tun übrig bleibt. *Memmesheimer*-Bonn.

Steel und *Nicole:* **The reaction of the cerebro-spinal fluid to the acetic anhydride test. (Die Reaktion der Zerebrospinalflüssigkeit auf Acid. acet. anhydricum.)** The B. j. o. v. d. 1926, 7.

Technik: Zu 1 ccm Spinalflüssigkeit Zusatz von 0,3 ccm obiger Säure, kräftig durchschütteln, dann weiterer Zusatz von 0,8 ccm konz. H_2SO_4. Tiefpurpurne Farbe positiv, rotbräunliche negativ. Vorteile sind also einfache Technik, schnelle Resultate. Zum Vergleich herangezogen: Langes Kolloidal-Gold- und die Globulinreaktion. Tafel 1 (nichtparalytische Spinalflüssigkeit) zeigt in den angeführten 39 Fällen sehr zufriedenstellende Übereinstimmung; Tafel 2 (paralytische Zerebrospinalflüssigkeit) 35 Fälle, gute Übereinstimmung zwischen Gold- und Essigsäurereaktion, Globulin in 7 Fällen aber abweichend. Tafel 3 (paralytische Zerebrospinalflüssigkeit nach Malaria) 30 Fälle: Essigsäure und Globulinreaktion stimmen gut überein. Wo Goldkolloidalreaktion von typischer Paralysekurve beträchtlich abweicht, ist Essigsäurereaktion noch in der Hälfte der Fälle negativ. Demnach soll die Essigsäurereaktion empfindlicher sein als Globulinreaktion, bei Malariafällen soll sie noch Originaldiagnose bestätigen, wenn schon Kolloidalgoldreaktion keine positive Paralysekurve mehr zeigt. *Siegfried*-Aachen.

Pekker, W. Wassiljewa und *Ermilow:* **Die Reaktion Guillain, Gug Lersche und Lecheln mit Benzoeharz in der Reihe der übrigen Kolloidreaktionen zur Diagnose der Syphilis im Liquor.** Russki Westnik Dermatologie 1927, Nr. 8.

Die Benzoereaktion, besonders bei Verwendung des Sumatraharzes, aber auch des Siambiopharzes, zeichnet sich durch große Empfindlichkeit in bezug auf Syphilis aus und ist daher, zumal bei Berücksichtigung ihrer einfachen Ausführung, zu empfehlen. *A. Jordan.*

Abadjieff: **Über den diagnostischen Wert einiger neuerer Liquorreaktionen.** M. K. 1927, 41.

1. Siliquid-Reaktion. Sie ist ein kolloidchemischer Vorgang. Siliquid ist ein Sol der Kieselsäure mit 25% Gehalt an SiO_2, also echtes Kolloid wie Goldsol und Mastix. Lösung wasserklar von Boehringer & Söhnen zu beziehen.

Digitized by Google

2. Farbreaktion nach Takata und Ara, die sich des Sublimats als Fällungsmittel bedient und kolloidaler Farbstofflösung zum Färben.

Techniken beider Reaktionen genau angegeben.

203 luetische und nichtluetische Liquores wurden vergleichsweise untersucht. Resultat: Bei luetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems genügt als Ergänzung zum Wa. Siliquidreaktion, zumal sie einfach und schnell vorzunehmen ist. Takata-Ara-Reaktion ist den anderen kolloidalen Reaktionen gegenüber Liquoruntersuchungen gleichwertig und kann, wie diese allein zur Diagnose luetischer Erkrankungen des Zentralnervensystems verwandt werden. Wa.-R. bleibt aber nach wie vor ausschlaggebend. *Siegfried*-Aachen.

W. Baumann: **Vergleichende Untersuchungen des bei Zisternenpunktionen und Lumbalpunktion entnommenen Liquors.** Münch. med. Woch. Nr. 4, 1927.

Verfasser führte in 63 Fällen von organisch-funktionellen Hirnerkrankungen in einer Sitzung sowohl die Lumbal- wie die Zisternenpunktion aus, und stellte dann vergleichende Untersuchungen an beiden Liquores hinsichtlich des Druckes, der Nonne-Weichbrodschen Reaktion, der Zellzahl, der Goldsol- und Hämolysinreaktion und der Wa.-R. an. Wesentliche Unterschiede fanden sich in keinem Falle, d. h. die Diagnose als solche wurde niemals durch eins der beiden Ergebnisse erschüttert oder in Frage gestellt. In einigen Fällen von Lues reagierte das Lumbalpunktat feiner als das Zisternenpunktat. Trotzdem tritt der Verf. für die Zisternenpunktion wegen des fehlenden Meningismus ein.

Weinstock-Charlottenburg.

Kafka: **Prinzipielles zum Problem der Permeabilität der Meningen.** M. K. 1927, 3.

Der Plexus chorioideus ist die Hauptursprungsstätte der Zerebrospinalflüssigkeit, damit auch der Hauptsitz der Permeabilität, nebenbei kann sich die gesamte Auskleidung der den Liquor umgebenden Räume bei Reiz- oder Entzündungszuständen an der Permeabilität beteiligen. Die Brommethode Walters ergab auch Verf. die Erfahrung, daß bei Schizophrenie Schwankungen der Permeabilität nach oben und unten vorkommen. Neben dem Permeabilitätsquotienten (Blut zu Liquor) müßte man aber noch die absoluten Werte in Blut und Liquor berücksichtigen, um bisherige Ergebnisunterschiede auszugleichen. Weiter ergab sich, daß den niederen Werten des Eiweißquotienten (Globulin zu Albumin) normale oder verminderte Permeabilität gegenüberstehen. Da aber Globulin wie Albumin endogen wie exogen entstehen können, sind Fehlresultate leicht möglich. Sehr wünschenswert wäre, wenn mehrere ergänzende Permeabilitätsreaktionen angestellt würden, z. B. noch die Waltersche Brommethode, die Hämolysinreaktion usw., wobei jede Reaktion ihre besonderen Ergebnisse gegenüber den verschiedenen Cerebro-Spinalerkrankungen ergänzend geben würde. Aber erst, wenn wir über den Mechanismus des Permeabilitätsvorganges genauer als bisher unterrichtet sind (Anfänge dazu lieferte die Hämolysinreaktion) können damit rechnen, zu neuen Anschauungen über Liquorpathologie zu gelangen. *Siegfried*-Aachen.

Digitized by Google

Zum 70. Geburtstage von Prof. Dr. Karl Touton.

Karl Touton, einer der ältesten Schüler und Freunde *Albert Neißers*, hat am 12. Mai seinen 70. Geburtstag gefeiert. Hierzu hat ihm als langjährigem verdienten Ausschußmitglied die Deutsche Dermatologische Gesellschaft Glückwünsche überbringen lassen, und die Vereinigung rheinisch-westfälischer Dermatologen hat ihn zum Ehrenmitglied ernannt. *Toutons* grundlegende Arbeiten über das Xanthom, seine Studien zur Histologie der Lepra, über die *Russel*schen Körperchen, Lichen ruber und Neurodermitis sowie über die extraurethrale Gonorrhöeerkrankung des Mannes haben ihm frühzeitig einen bedeutenden Namen in unserer Wissenschaft verschafft. Seine Referate über Acne und Tuberkulide sowie seine Arbeiten über die Syphilistherapie, und in letzter Zeit besonders seine vielfachen Mitteilungen über die durch Pflanzen verursachten Dermatitidien und Idiosynkrasie- und Allergiefragen zeigen auch jetzt noch seine unermüdliche Tätigkeit, selbst auf Gebieten, in die ältere Dermatologen sich nur schwer einarbeiten können. Auf dem Gebiet der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und der Sexualhygiene hat sich *Touton* ebenfalls große Verdienste erworben, die an seinem Ehrentage von der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten besonders anerkannt worden sind. Außerdem aber hat er auch auf dem Gebiet der Botanik Hervorragendes geleistet, und gilt als einer der besten Kenner der Hieracien. So kann er mit Befriedigung auf ein an Erfolgen auf wissenschaftlichem und praktischem Gebiet reiches Leben zurückblicken, dem freilich in letzter Zeit auch Sorgen nicht erspart geblieben sind. Als einer der regelmäßigsten Kongreßbesucher, der bis in die letzte Zeit durch seine reiche Erfahrung und frische und temperamentvolle Anteilnahme viel zur Förderung unseres Faches beigetragen hat, erfreut er sich allgemeiner Wertschätzung. Möge es unserem hochverehrten Kollegen, dem wir die Glückwünsche der Herausgeber und Mitarbeiter dieser Zeitschrift bereits ausgesprochen haben, vergönnt sein, noch viele Jahre zum Besten unseres Faches zu wirken.

Hideyo Noguchi †.

Der ausgezeichnete Mikrobiologe und Spirochätenforscher Professor Dr. *Hideyo Noguchi* vom Rockefeller-Institut in New York, der sich seit Monaten auf einer Studienreise zur Erforschung des Gelbfiebers an der afrikanischen Goldküste befand, ist in Accra ein Opfer dieser von ihm in ihrer Ätiologie aufgeklärten und so wirksam bekämpften Krankheit geworden und am 21. Mai gestorben, fürwahr ein tragisches Schicksal nach so ungeheuren wissenschaftlichen Erfolgen. In der Syphilidologie wird sein Name alle Zeit hoch in Ehren gehalten werden; hat er doch nicht nur die so schwierige Reinkultur der Spirochaete pallida und vieler anderer Spirochätenarten wesentlich gefördert, sondern auch den Nachweis dieses Erregers im Hirn der Paralytiker und Nervensystem der Tabiker zuerst erbracht und damit den Grund für alle neuen Fortschritte auf diesem Gebiet gelegt. Von Deutschland aus wurde er auf meine Veranlassung dadurch geehrt, daß man ihn zu zwei großen Referaten über Spirochätenzüchtung und die Pallidabefunde im Gehirn der Paralytiker zur Naturforscherversammlung nach Wien im Jahre 1913 einlud. Seine großen Verdienste um die Aufklärung anderer Infektionskrankheiten, wie des Gelbfiebers, des Trachoms usw. haben ihm die Be-

Digitized by Google

wunderung der ganzen medizinischen Welt verschafft und sichern ihm dauernden Ruhm. Mir selbst war er nicht nur der erfolggekrönte Forscher, sondern auch ein stets hilfsbereiter und treuer Freund; sein früher Tod bedeutet für die Wissenschaft einen unersetzlichen Verlust, da er einer der fruchtbarsten Forscher der Gegenwart war, von dem man noch viel erwarten durfte. *E. Hoffmann.*

Personalien und Tagesnachrichten.

Prof. *P. Mulzer* und *E. Delbanco* in Hamburg wurden von der Societa Italiana di Dermatologia e Sifiligrafia zu Ehrenmitgliedern gewählt.

Prof. Dr. *E. Hoffmann* in Bonn ist von der Deutschen Medizinischen Gesellschaft der Stadt New York zum Ehrenmitglied ernannt worden.

Prof. Dr. *Emanuel Freund* aus Triest hat sich an der Universität Rom als Dozent für Dermatologie habilitiert.

Prof. *Stephan Rothmann* ist zum Abteilungsleiter an der ungarischen staatlichen Landesversicherungsanstalt in Budapest berufen.

Der dermatologische Lehrstuhl in Innsbruck, auf den inzwischen Prof. Dr. *Kumer* berufen worden ist, wird zur Zeit von Priv.-Doz. Dr. *Karl Schreiner*, Assistent der Grazer Klinik, verwaltet.

Am 2. und 3. Juni fand in Amsterdam anläßlich der 80. Tagung der Niederländischen Dermatologischen Vereinigung die *erste gemeinsame Sitzung der holländischen und rheinisch-westfälischen Dermatologen* statt, die von Prof. *Mendes da Costa* in Amsterdam vorbereitet und geleitet wurde. Sie war von etwa 20 deutschen Kollegen besucht und nahm einen sehr anregenden Verlauf. Nachdem am Abend des ersten Tages mehrere Vorträge von den Professoren *Mendes da Costa, van der Valk, van Leuwen, E. Hoffmann* und anderen gehalten worden waren, folgten am zweiten Tage zahlreiche Demonstrationen und Krankenvorstellungen nebst weiteren Vorträgen. Bei dem gemeinsamen Essen wurden von den Vorsitzenden beider Gesellschaften, den Professoren *Mendes da Costa* und *Bering*, sehr herzliche Begrüßungsworte gesprochen und den holländischen Dermatologen der Dank der rheinisch-westfälischen Kollegen dafür ausgesprochen, daß sie *E. Hoffmanns* Anregung sobald zur Ausführung gebracht hatten. Nach dem schönen Verlauf dieser Tagung darf angenommen werden, daß durch die künftig abwechselnd in Holland und im Rheinland beabsichtigten Versammlungen sich die kollegialen Beziehungen zwischen den benachbarten Ländern beleben und festigen werden. Ein Bericht über die Sitzung, die allen Teilnehmern unvergeßlich bleiben wird, folgt später.

Digitized by Google

Sachregister.

Die fett gedruckten Zahlen bezeichnen Originalartikel.

Bsp. = Buchbesprechung. P. = Personalien

Die Zahlen, vor denen keine römische Ziffer steht, beziehen sich auf Band LII.

A.

Achorion Schönleini aus dem strömenden Blut bei einem Fall von Favus. 340.
Achromia cutis postparasitica. 137.
Adenitis, submentale tuberkulöse. 235.
Adenoma sebaceum. 48.
Adnextumoren, Behandlung entzündlicher. 356.
Afenil bei Entzündung der weiblichen Genitalorgane. 357.
Akanthosis nigricans. 138.
Akne agminata. 123.
Akne conglobata, Beziehungen der Perifolliculitis abscedens et suffodiens zur. LIII, **674.**
Akne nekrotica mit ausgedehnter Lokalisation. LIII. **146.**
Aknitis 64.
Akridin, Behandlung der Gonorrhöe mit. 411, 412.
— morbilliformes Erythem während der Behandlung mit. 409.
Akriflavin in Gelatinelösungen zur Behandlung der Gonorrhöe. 412.
Akrodermatitis hiemalis pustulosa. 49.
Akrodermatitis perstans. 238.
Akromegalie und Recklinghausensche Krankheit. 311.
Akromikrie oder Dystrophia osteogenitalis. 74.
Aktinomykose. 41.
— sekundäre der Bauchwand. 234.
Alkalibehandlung der Urtikaria. LIII, **561.**
Alkohol-Extrakt-Reaktion. 79. (Bsp.)
Allergierscheinungen der Haut. 78. (Bsp.)
Alopezia areata totalis. 48.
Alopezia atrophicans Brocq. 48.
Alopezia syphilitica, Beziehungen der zur Neurosyphilis. 143.
— Beziehungen der Spirochäten zur. 229.
Amino-Oxyphenylarsinsäure, Syphilisbehandlung mit Derivaten der. 268.
Ammen, professionelle syphilitische Infektion der. 243.
Amyloidose, ausgedehnte der Haut **1,** LIII, **235.**
Anämie, perniziöse, Leberdiät bei. 228.
Angina, Differentialdiagnose zwischen luetischer und nicht luetischer. LIII, **373.**
Angiofibrom 48.
Angiokeratoma Mibelli. 410.
Angiokeratome und keratotische Angiome. LIII, **38.**
Angioma serpiginosum. 123.
Anilinvergiftung, Strangurie bei akuter. 422.
Antimonbehandlung phagedänischer Schanker. 253.
— der Tabes. 262.
Antipyrinexanthem, symmetrisches. 233.
Antivirusbehandlung der Hauttuberkulose. LIII, **12.**
Anurie, reflektorische. 422, 424.
Aorta, Syphilis der. 146, 147.
Aortitis, moderne Luesbehandlung und Zunahme der. 255.
Arbeitsdermatose, die Sporotrichose als. 334.
Arsen, lichenartiger Ausschlag nach 313.
Arteriitis tuberculosa. 353.
Asthma als Folge von Arsenobenzolinjektionen. 273.
Asthma bronchiale und Syphilis. 148.
Atemstillstand, plötzlicher bei Tabes. 145, 146.
Atrophie der Haut und der Muskeln mit Pigmentverschiebung. **81.**
Autodermotherapie durch Elektrokoagulation. 233.
Axiphoidie bei Syphilis congenita. 248.

B.

Bäder, heiße bei experimenteller Kaninchensyphilis. 433.
Ballungsreaktion der Syphilis. 438.
Bartholinitis chronica. 350.
Basalzellenkarzinome, multiple. 239.
— des Stammes infolge Röntgenbestrahlung. 237.
Basicav, eine neue Injektionsspritze. 254.

Digitized by Google

Berufsdermatosen, phytogene. **80.**
Berufsinfektion, syphilitische am Unterschenkel. LIII, **785.**
Besredkasches Filtrat, Behandlung der Vulvovaginitis mit dem. **354.**
Bismogenol. 265.
Blastomykosen. 335.
Blindheit in Glasgow. 329.
Blutbefunde bei Syphilis. 141.
— vor, unter und nach der Behandlung. LIII, **592.**
Bordet-Gengousche Reaktion bei Gonorrhöe. 345.
Bowenssche Krankheit. 124. LIII, **658.**
Bromexanthem vom Typus eines Pemphigus vegetans et serpiginosus. **25.**
Brustwarze, syphilitischer Primäraffekt der. 243.

C.

Casbis. 264.
Cavernitis gummosa. 313.
Cervix, Syphilis der. 150.
Chlorzink, Verätzung der männlichen Harnröhre mit. 416.
Chondrodermatitis nodularis chronica helicis. 76.
Cornu cutaneum, Zusammenhang des mit Lues. LIII, **417.**
Creeping disease. 133.
Cutis laxa. 130.
Cutis marmorata pigmentosa. 137.

D.

Dariersche Krankheit. 139.
Dermatitis nach Arsenobenzolinjektionen. 273, 275.
Dermatitis atrophicans. 70, 71.
Dermatitis exfoliativa, ätiologische Identität der Impetigo bullosa, des Pemphigus neonatorum und der. LIII, **668.**
Dermatitis herpetiformis Duhring. 60, 237.
Dermatitis reticularis atrophicans. 43.
Dermatitis symmetrica. 50.
Dermatochalasis. 129.
Dermatologie in den Vereinigten Staaten von Amerika. **869.**
Dermatologische Statistik. **899.**
Dermatomykosis. 411.
— essigsaures Thallium als Epilationsmittel bei. **105.**
Dermatophyten, Grützsche Nährböden für. 342.
Dermatose, pigmentierte periorale. 408.
— juckende, durch Getreide hervorgerufene im Orient. 132.
Dermatose bulleuse et pustuleuse végétante. 410.
Diabetes insipidus infolge von Erbsyphilis. 247.
Diabetes mellitus, prädiabetische Zustände. 79. (Bsp.)
— syphilitischer. 144.
Diathermie, Behandlung gonorrhöischer Affektionen mit. 353.
— bei Harnröhrenkarunkeln. **808.**
Diathermieelektroden. 418.
Diathermische Elektrokoagulation. LIII, **768.**
Diphtherie der Harnröhre. 352.
Dmelcos-Vakzine. LIII, **620.**
Doramad, externe Anwendung des und seine Dosierung in der Ekzemtherapie. LIII, **848.**
Dusche, filiforme. 325.
Dyshidrosis, Ätiologie der. 341.
Dyshidrosis sicca lamellosa oidiomycetica. LIII, **5.**
— der Kaufmann-Wolffsche Pilz bei 338.
Dyshidrotischer Symptomenkomplex. LIII, **692.**
Dysthyreoidismus mit Sklerodermie nach Enzephalitis. 72.
Dystrophia osteo-genitalis oder Akromikrie. 74.
Dystrophia pigmentosa bei Recklinghausenscher Krankheit. 139.

E.

Eierstockssarkom als Ausgangspunkt einer Sarcomatosis cutis bei einem 18jährigen Mädchen. LIII, **86.**
Eigenblutbehandlung bei gonorrhöischen Komplikationen. 420, 421.
Einschlüsse in den Harnröhrenepithelien bei chronischer Urethritis. **116.**
Ektopia testis. 424.
Ekzem, externe Anwendung und Dosierung des Doramad bei. LIII, **848.**
Ekzematid, prämykotisches. 63.
Elektrokoagulation, diathermische. LIII, **768.**
— Autodermotherapie durch. 233.
Elektrotherapie bei Komplikationen der Gonorrhöe. 418.
Elephantiasis des Beines tuberkulösen Ursprungs. 324.
— der Oberlippe, der Wangen und der Augenlider. 45.
— vulvae. 235, 324.
Endarteriitis oder Thromboangiitis obliterans. LIII, **213.**
Enterokokkensepsis. 352.

Digitized by Google

Enzephalitis, Sklerodermia generalisata mit Dysthyreoidismus nach. 72.
Enzymreaktion bei Syphilis. 437.
Eosine Zellen, Färbung, Vorkommen und Funktion der. LIII, 285.
Epheliden, eine besondere Form von. LIII, 575.
Epidermolysis bullosa. 238.
Epidermophytid unter dem Bilde einer Dyshidrosis. LIII, 692.
Epidermophytie. 337, 338.
Epididymitis, Einfluß der Ehe, des Alters und der Beschäftigung auf die Häufigkeit der. 352.
— Eigenblut- und Kollargolbehandlung der gonorrhöischen. 420, 421.
Epilationsmethode, chirurgische 409.
Epitheliom bei einem Kinde. 128.
Epithelioma adenoides cysticum. 131.
Epithelioma ani. 324.
Erythem, chronisches der Beine. 75, 76.
— polymorphes in rezidivierenden Schüben. 60.
Erythema annulare centrifugum. 49, 66, 236.
Erythema induratum Bazin. 51.
Erythema nodosum, vorübergehend seropositives im Anschluß an Monozytenangina. LIII, 373.
Erythrodermie. 235, 236.
Erythrose pigmentaire peribuccale. 234.
Erythrozyanosis crurum puellarum. 75.
Esophylaxie der Haut. 287. (Bsp.)
Esthiomenal vulvae. 67.
Exsudation, Stauung und Kapillardruck. LIII, 628.
Extragenitaler Primäraffekt. 243.
— syphilitische Berufsinfektion am Unterschenkel. LIII, 735.

F.

Favus. 340, 341, 342.
Fazialisparese, frühzeitige syphilitische periphere. 143.
Fermenttherapie, kausale der Infektionskrankheiten. 366. (Bsp.)
Fersenhaut, Venenklappen der. 48.
Fibrin, die biologische Bedeutung des. 171.
Fibroma circumscriptum symmetricum multiplex. 127.
Fibrome, subunguale. 227.
Flagellaten-Urethritis beim Manne. 343.
Fluor, Behandlung des. 356, 357.
Fluordiagnostik, kolloidchemische. 343.
Folliculitis et Perifolliculitis suffodiens et abscedens. 43, LIII, 275, 674.
Folliculitis scleroticans, Favus capitis unter dem Bilde einer. 341.
Folliculitis ulerythematosa reticulata. 238.
Folliklis. 51.
Formolreaktion, Ergebnisse der bei Dermatosen. LIII, 890.
Fox-Fordycesche Krankheit. 289.
Fremdkörpertumoren. LIII, 183.
Fuchsinsublimatreaktion bei Syphilis. 437.

G.

Gametozyten, frühzeitiges Erscheinen von bei künstlich übertragener Malaria tertiana. 327.
Gangrän der Haut, Bazillus der. 233.
Gasarbeiter, typische Hautschädigung bei. LIII, 464.
Gaumen, Perforation des harten und weichen bei Mutter und Kind. 324.
Gefäßnaevus mit Skoliose. 127.
Gelatinepräparate zur Behandlung der Gonorrhöe. 412.
Gelenkerkrankungen, experimentell hervorgerufene mykotische. 341.
— Behandlung der gonorrhöischen. 420.
— Behandlung der gonorrhöischen mit menschlichem Immunserum. LIII, 83.
Genitalhypoplasie. 50.
Gelenktuberkulose, diagnostischer Wert vergrößerter Lymphdrüsen bei Syphilis vortäuschenden Fällen von. 243.
Geschlechtsdrüsen, konstitutionelle Faktoren und der Verlauf der gonorrhöischen Entzündungen der. 418.
Geschlechtskrankheiten. 284 (Bsp.), 285 (Bsp.), 328, 362 (Bsp.)
— Prophylaxe der. 250.
— Bedeutung der veränderten Wirtschaftsstruktur für die Statistik der. LIII, 282.
— zum neuen Gesetz zur Bekämpfung der. 180.
— Beratungsstelle, Fürsorge und Krankenabteilung der Stadt Mainz vor und nach Einführung des RGBG. LIII, 427.

Digitized by Google

Getreide, juckende, durch G. hervorgerufene Dermatosen im Orient. 132.
Glossitis Jamin. 325.
Glykogen, Beziehungen des zur gonorrhoischen Erkrankung. 343.
Glykoseinjektionen, intravenöse bei gonorrhoischen Prozessen. 413.
Goldsolreaktion. 443.
Gonaromat. 415.
Gonokokken, Lebensdauer der. 314.
— Wirkung chemischer Mittel auf im Tierorganismus. **95.**
Gonokokkensepsis oder Meningokokkensepsis. 349.
Gonorrhoe. 342 ff.
— des Weibes. 78. (Bsp.)
— Behandlung der. 260, 353 ff., 411 ff.
— Malariabehandlung bei. LIII, **756.**
— Behandlung der gon. Gelenkerkrankungen mit menschlichem Immunserum. LIII, **88.**
Granugenol bei gonorrhoischen Erosionen der Portio. 357.
Granuloma annulare. 42, 64, 65, 324.
Granuloma inguinale. LIII, **127.**
Granuloma multiplex scroti. LIII, **172.**
Granuloma teleangiectodes sive pediculatum. 129, 223.
Granuloma vegetans. 129.
Gummi der Nase. 44.
Gyneklorina. 355, 358.

H.

Haar, Polarisationsoptik des menschl. Kopfhaares. LIII, **535.**
— Beziehungen der Syphilisspirochäten zu den. 229.
Haarausfall nach Keuchhusten. 226.
— Behandlung des pityroden. LIII, **149.**
Haarerkrankungen. 136.
Hämatogene Hautaffektionen. LIII, **468.**
Hämaturie, Neosalvarsanbehandlung der terminalen gonorrhoischen. 424.
Hämoglobinurie, paroxysmale bei viszeraler Syphilis. 141.
Hämophilie, intermittierende syphilitischen Ursprungs. 142.
Harnblase, eine praktisch häufige Infektionsweise bei. **308.**
— Formveränderungen der Fremdkörper in der. 423.
— Neurofibrome in der. 423.
Harnröhre, Diphtherie der. 352.
— strikturierende Tuberkulose der weiblichen. 353.
Harnröhrenkarunkel, Diathermie bei. **308.**
Harnröhrenverengerung bei Frauen. 350.
Harnverhaltung bei Nierensteineinklemmung. 422.
Hartmannsche Krankheit, myxödemähnliche. 47.
Hautaffektionen, hämatogene, neurogene und psychogene. LIII, **468.**
Hautatrophie, idiopathische. 73.
— mit Pigmentverschiebung. **81.**
Hautgangrän, Bazillus der. 233.
Hautgeschwülste, Behandlung der mit Röntgenstrahlen nicht zu heilenden bösartigen. LIII, **254.**
Hautkrankheiten Bsp.: 154, 155, 284, 285, 362, 364.
— innere Behandlung von. 156. (Bsp.)
Hautreize und Hautesophylaxie. 287. (Bsp.).
Heirat und Gonorrhoe. 360.
— und Syphilis. 250, 251.
Heißluftbehandlung der Zervikelgonorrhöe. 355, 357.
Hemiatrophie des Gesichtes und Körpers bei Sklerodermia guttata follicularis. LIII, **227.**
— totale. 71.
Hemiplegie des Gesichtes im Laufe einer Arsenobenzolbehandlung. 408.
Herpeskrankheiten. 57, 58.
Herpes gestationis. 61.
Herpes zoster. 57. 58, 59, 60.
— bei Lepra. 68.
— und Varizellen. 57, 59, 123. LIII, **336, 609.**
Herxheimersche Reaktion. 140.
— bei Vitiligo. 236.
— bei der Wismutbehandlung. 266.
Herz, Syphilis des. 146.
Hexal. 415.
Histochemie der Haut. 153. (Bsp.)
Hoden, nicht gonorrhoische Entzündungen des. 351.
Hodgkinsche Krankheit. 326.
Hornfibrillen, submikroskopischer Bau der. LIII, **535.**
Hühnereiereiweiß, Idiosynkrasie gegen. 316.
Hydradenome. 409.
Hydroa vacciniforme, Vererbung der. LIII, **301.**
Hypercholesterinämie und Lipomatosis. 75.
— und Xanthomatosis cutis. 130, 131.
Hyperhidrosis, systematisierte. 137.

Digitized by Google

Hyperkeratose, psoriatische. 235.
Hypertonie bei Lues. 141.
Hypertrichosis der Schläfen. 51.
Hypoplasia pilorum moniliformis. 136.

I.

Ichthyosis, syphilitischer Ursprung der. 242.
— Grundumsatz bei. 73.
Iconographia dermatologica, syphilidologica et urologica. 79. (Bsp.)
Ikterus, Salvarsanikterus. 276.
Impetigo bullosa, ätiologische Identität des Pemphigus neonatorum, der Dermatitis exfoliativa und der. LIII, 668.
Impetigo herpetiformis. 61, LIII 384.
— Ätiologie der. LIII, 70.
Immunitätserscheinungen bei Syphilis. 430.
Immunserum, Behandlung der gonorrhöischen Gelenkentzündungen mit menschlichem. LIII, 33.
Infantilismus, universeller infolge von Erbsyphilis. 247.
Infektionskrankheiten, kausale Fermenttherapie der. 366. (Bsp.)
Infiltrate, Behandlung der nach intramuskulären Hg- und Bi-Injektionen auftretenden. 394.
Influenzabazillen, Infektion der Harnorgane durch. 423.
Innere Medizin und Syphilis. 286. (Bsp.)
Innere Sekretion und Hautkrankheiten. 365. (Bsp.)
Installateure, typische Hautschädigung bei. LIII, 464.
Intradermoreaktion bei gonorrhöischen Prozessen. 349.
Intravenöse Infusion, Technik der. 254.

J.

Jod, biologische und pharmakologische Bedeutung des. 366. (Bsp.)
— bei der Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten. 190.
Jodnatrium und Jodkalium, intravenöse Einspritzungen von bei Syphilis. 261, 262.
Jodvergiftungen. 262.

K.

Kahnsche Reaktion. 435, 436, 437.
Kakaobutter als Vehikel für unlösliche Quecksilberpräparate. 260.
Kalium- und Kalziumgehalt der Haut, Mikromethode zur quantitativen Bestimmung des. LIII, 451.
Kalkablagerungen, körnerartige in der Haut. 127, 128.
— im kutanen Gewebe bei universeller Sklerodermie. LIII, 80.
Kalkaneus, Dornbildung unter dem bei Gonorrhöe. 350.
Kaninchenspirochaetose. 429.
Kaninchensyphilis, experimentelle. 432, 433, LIII, 21.
Kapillardruck, Stauung und Exsudation. LIII, 628.
Kapillardurchlässigkeit nach Arsenobenzolinjektionen. 275.
Katheterisierung bei Prostatahypertrophie. 353.
Keloide, spontan entstandene. 410.
Keratitis parenchymatosa bei Syphilis congenita. 246.
Keratodermia punctata disseminata symmetrica, Zusammenhang der mit Lues. LIII, 417.
Keratoma palmare et plantare. 45, 74.
Keratosen, Syndrom von angeborenen an Haut und Cornea. LIII, 199.
Keratosis blennorrhoica. 352.
Keratotische Angiome und Angiokeratome. LIII, 38.
Kernveränderungen, Antonische im luetischen Blut. 140.
Keuchhusten, Haarausfall nach. 226.
Kleinhirnbrückenwinkel, Syphylis des. 144.
Knochenveränderungen bei Syphylis hereditaria. 149.
Kodama-Reaktion bei Syphilis. 438.
Kohabitation und Koliinfektion der Harnwege. 423.
Kollargolbehandlung der gonorrhöischen Epididymitis. 420, 421.
Kolloidchemische Sediment- und Fluordiagnostik. 343.
Komedonennävi. 49.
— Histopathologie der. LIII, 91.
Komplementablenkung bei Gonorrhöe. 344 ff.
Kondylome, spitze zugleich mit Warzen im Gesicht. 131.
Kopfhalter als Zusatzgerät für die Quarzlampe. 302.
Krankheitslehre der Gegenwart. 77. (Bsp.)
Krebsbildung auf dem Boden des Lupus erythematodes. LIII, 496.
Kriegsmelanose. 53.
Krysolgan bei Lupus erythematodes. 51.
Kugelkerne im Urethralsekret. 342.

Digitized by Google

L.

Lama, Empfänglichkeit des für Syphilis. 431, 432.
Lateralsklerose, amyotrophische bei einem Syphilitiker. 143.
Laus, Unterschiede zwischen Kopf- und Kleiderlaus. 134.
Leberschwellung, gummöse. 150.
Leicheninfektion mit Syphilis. 244.
Leichenvirus, Virulenz des syphilitischen. LIII, 741.
Leistenhoden, zystische Entartung eines. 424.
Lepra. 67, 68, 69, 122.
Leukoderma. 124.
Leukoplakie der Mundschleimhaut 239, 324.
— der Zunge mit Epithelhyperplasie. 50, 227, 235.
— zugleich mit Pigmentflecken auf der Mundschleimhaut. 236.
Lichen corneus hypertrophicus 323.
Lichen microsporicus. 339.
Lichen nitidus. 67, 236, 238, 322.
Lichen obtusus. 323.
Lichen ruber hypertrophicus laevis und Lichen obtusus. LIII, 246.
Lichen ruber planus. 51, 223, 234, 238, 318.
— pemphigoides. LIII, 522.
— hervorgerufen durch Novarsenobenzol. 325.
Lichen ruber striatus. 49.
Lichen scrofulosorum. 49, 50, 51.
Lichen spinulosus. 323.
Lichen vaccinicus. 219.
Lichtentzündung durch elektrischen Lichtbogen. 48.
Lichttherapie, Unterstützung der durch die sensibilisierende Wirkung des Trypaflavin. LIII, 331.
Lipolytischer Blutkoeffizient in den verschiedenen Syphilisperioden. 426.
Lipom, tiefgelegenes des Vorderarms. 128.
Lipomatosis und Hypercholesterinämie. 75.
Luetinreaktion. 434.
Lumbalpunktion. 439, 440.
— halbautomatische ambulatorische LIII, 457.
Lungensyphilis. 148, 149.
Lupoid. 62, 63.
Lupus. 50, 236, 239.
— Wert und Spezifität der Tuberkulinreaktion bei. LIII, 775.
— Tumoren auf dem Grunde eines. 324.
— Behandlung des L. facici. 325.
Lupus. Behandlung des hypertrophischen und ulzerösen mit Neosalvarsan. 402.
Lupus erythematodes. 48, 49, 50, 51, 66, 228.
— Wassermannsche Reaktion bei. 234.
— Krebsbildung auf dem Boden des. LIII, 496.
— Periarteriitis nodosa bei. LIII, 682.
— Behandlung des mit Novarsenobenzol. 271.
— Wismutbehandlung des. 235.
Lupus miliaris disseminatus. 410.
Lupus pernio. 122.
Lymphangioma circumscriptum. 46.
Lymphdrüsen, diagnostischer Wert vergrößerter bei Syphilis vortäuschenden Fällen von Gelenktuberkulose. 243.
Lymphogranulomatose. 223.
— Pruritus bei. 48.
Lymphogranulomatosis inguinalis. 62, LIII, 482.
Lymphom, tuberkulöses submentales. 233.

M.

Magnesium sulfuricum, therapeutische Bedeutung des bei Störungen der Harnentleerung. 424.
Malaria, künstlich übertragene. 327.
Malariabehandlung der Paralyse. 233, 281, 282, 283, 408, LIII, 707.
— der Syphilis. 154 (Bsp.), 278ff.
— bei Gonorrhöe. LIII, 756.
Mamma, Verletzung der und Geschwulstbildung. 127.
Mastdarmschleimhaut, Methode zur Besichtigung der. 351.
Meinickesche Trübungsreaktion. 443.
Melanodermitis toxica lichenoides et bullosa Hoffmann. 52.
Melanose, Kriegs-M. 53.
Melkerknoten. 41.
Meningen, Permeabilität der. 441, 442.
Meningismus nach Lumbalpunktion. 439.
Menigokokkensepsis oder Gonokokkensepsis. 349.
Mercurochrom. 425.
Metallvergiftungen, Behandlung der. 261.
Metasyphilis. 142 ff.
— moderne Luesbehandlung und Zunahme der. 255.

Digitized by Google

Mikrosporie. 339.
Miliartuberkulose, akute der Haut und Mundschleimhaut. 223.
Milzbrand, Behandlung des mit Novarsenobenzol. 271.
Mineralgehalt der Haut. LIII, 451.
Mineralöle, artefizielle Tumoren durch subkut. Injektion von. 125.
Monozytenangina mit anschließendem, vorübergehend seropositivem Erythema nodosum. LIII, 873.
Morphaea atrophicans. 122.
Mundschleimhaut, akute Miliartuberkulose der. 223.
Mundtuberkulose, abnorme Form der. 234.
Mykosis fungoides. 62.
Myome, dermatologische Statistik, mit Berücksichtigung der. 899.
Myosalvarsan. 272, LIII, 778.
Myositis, experimentell hervorgerufene mykotische. 341.
Myxödemähnliche Hartmannsche Krankheit. 47.

N.

Naevokarzinom. 408.
Naevus pigmentosus. 287. (Bsp.)
— und Recklinghausensche Krankheit. 125.
Naevi, blaue N. 126.
— Komedonen-N. 49.
— Histopathologie der Komedonen-N. LIII, 91.
Nagana-Erreger, wechselseitige Beziehungen der Rekurrenserreger und der. 327.
Nägel, Krankheiten der. 152. (Bsp.)
— Paronychie mit sekundärem Soor der. LIII, 8.
— Oidiomykose der. 336.
Natriumthiosulfat. 276, 277.
Neargon. 354.
Neohexal. 415.
Neosalvarsan, Mechanismus der Wirkung des bei der Spirochätose der weißen Mäuse. 433.
— Lichen ruber planus nach. 325.
— Schleimhautblutungen aus Uterus und Nase nach. 236.
— bei Erkrankungen der Harnorgane. 424. 425.
— Behandlung des hypertrophischen und ulzerösen Lupus mit. 402.
— Behandlung des Lupus erythematodes und des Anthrax mit. 271.
Neurodermitis diffusa mit akuten impetiginösen Eruptionen 312.
Neurofibromatosis s. Recklinghausensche Krankheit.
Neurofibrome in der Harnblase. 422.
Neurogene Hautaffektionen. LIII, 468.
Neurorezidive. 143.
Neurosyphilis. 142 ff., LIII, 726.
— Beziehungen zwischen tertiärer Lues und auf Grund von Liquoruntersuchungen. 296.
Niere, Hypofunktion der bei Pemphigus. 55.
Nierenbecken, Gasfüllung des. 422.
Nierensteineinklemmung, Harnverhaltung bei. 422.
Nitrogensäure, Behandlung der Gonorrhöe mit. 412.
Nodositas juxtaarticularis. 240.
Normakol, Urtikaria nach. 47.
Northoran. 268.
Novokaindermatitis. LIII, 179.
Nutzhölzer, hautreizende. LIII, 293.

O.

Ohr, Syphilis des inneren. 148.
Oidiomykose der Nägel. 336.
Onychomykose der Zehennägel bei Favus. 340.
Onychoptosis, rezidivierende als Familienerbfehler. 135.
Opotherapie, Einfluß der auf die Wassermannsche Reaktion. 100.
Orchi-Epididymitis, syphilitische. 151.
Osmotherapie des syphilitischen Liquors. 254.
Osteoperiostitis tibialis als Symptom der Säuglingslues. 247.
Ostitis, diffuse, gebessert durch Ultraviolettbestrahlung. 324.

P.

Pallidareinkultur, Syphilisdiagnostikum aus. 434.
Paralyse, progressive. 144, 145.
— Malariabehandlung der. 233, 281, 282, 283, 408. LIII, 707.
— Behandlung der mit Injektionen von natronhaltigem Stovarsol. 325.
— die Syphilisimmunität der Paralytiker. 427.
Parapsoriasis. 50, 121.
Paronychie mit sekundärem Soor der Nägel. LIII, 8.
— durch Oosporon albicans. 336.
Parotis, Syphilis der. 151.
Pediculoides ventricosus, Familienepidemie von. 134.
Pelze, Hautschädigungen durch Tragen von. LIII, 507.
Pemphigus. 54, 55, 56, 237.
— Schwierigkeiten der parasitologischen P.-Forschung. LIII, 354.

Digitized by Google

Pemphigus, ätiologische Identität der Impetigo bullosa, der Dermatitis exfoliativa und des P. neonatorum. LIII, **668.**
— P. vegetans. **410.**
— P. vegetans et serpiginosus, Bromexanthem vom Typus eines. **25.**
Penis, doppelter. 424.
— hämatogene Tuberkulose des. 353.
— spontane Amputation des bei einem Syphilitiker. 241.
Periarteriitis nodosa bei Lupus erythematodes. LIII, **682.**
Perifolliculitis soffodiens et abscedens. 43, LIII, **275, 674.**
Periphlebitische Initialsklerose, subkutane am Unterschenkel. LIII, **785.**
Perkutole. **119.**
Pernakrankheit. 50.
Phagedänismus, tertiärer. 241.
Phimose, Operation der. 425.
Phlebitis, gonorrhoische der Vena saphena. 237.
Phytogene Berufsdermatosen. **80.**
Pigmentbildung bei Vitiligo. 138.
Pigmentierungen, klinisch-ätiologische Analyse kleinfleckiger. LIII, **575.**
Pigment-Erythrodermie des Gesichtes. 234.
Pigmentverschiebung bei Atrophie der Haut. **81.**
Pilzarten und Pilznährböden. LIII, **104.**
Pilzerkrankungen. 334.
— Epidemiologie und Behandlung der. LIII, **118.**
Pityriasis lichenoides. 42.
— chronische. 224.
Pityriasis rosea und Streptokokken-Impetigo. 408.
Pityriasis rubra pilaris. 65.
Pityriasis sicca, endemisches Auftreten der. 341.
Pityriasis simplex capillitii, Behandlung der. LIII, **149.**
Pityriasis versicolor. 49.
Plaut-Vincentsche Angina, Behandlung der mit Spirozid. 269.
Pneumopyelographie. 422.
Polarisationsoptik des menschlichen Kopfhaares. LIII, **535.**
Porokeratosis Mibelli. 74.
Potenz, sexuelle. 426.
Prädiabetische Zustände. 79. (Bsp.)
Primula-Dermatitis. 53, 54.
Prämykotisches Ekzematid. 63.
Processus xiphoideus, Fehlen des bei Syphilis congenita. 248.
Prostata als Infektionsausgangspunkt bei Augenentzündungen. 423.
— Behandlung der Erkrankungen der. 418, 419.
Prostatahypertrophie, Katheterisierung bei. 353.
Prostitution und Geschlechtskrankheiten. 328.
Prurigo. 122.
Prurigo diathésique. 312.
Pruritus bei Lymphogranulomatose. 48.
Pseudo-Botryomykose. 129.
Pseudo-Creeping disease. 132.
Psoriasis. 313.
— Hyperkeratose bei. 235.
— Behandlung der. 409.
Psychogene Hautaffektionen. LIII, **468.**
Purpura, konstitutionelle. 410.
— P. teleangiectodes annularis. 139.
Pyodermia chronica serpiginosa. **11.**
Pyrocatéchine, Injektionen von zur Desensibilisierung gegen Licht. 234.

Q.

Quarzlampe, Kopfhalter als Zusatzgerät für die. **802.**
Quecksilberinhalationsbehandlung. 260.
Quecksilberinjektionen, Ursachen der tiefen Gangrän nach. 325.
— Behandlung der nach intramuskulären Q. auftretenden Infiltrate. **894.**
Quecksilber-Paraffininjektionen, sarkoide Tumoren im Anschluß an intramuskuläre. 76.
Quéry-Serum. 262. LIII, **546.**

R.

Radiumnebenwirkung. LIII, **583.**
Rattenbißkrankheit. 134.
Recklinghausensche Krankheit. 48, 51, 52, 73.
— dermatologische Statistik mit Berücksichtigung der. **899.**
— ohne Tumoren. 312.
— und Akromegalie. 311.
— und Muttermäler. 125.
— Dystrophia pigmentosa bei 139.
— und Syphilis. 246.
Reinfectio syphilitica. 244, 245.
— experimentelle. 431.
Rekurrens-Nagana-Infektion, kombinierte. 327.
Resorptionsversuche, vaginale. LIII, **551.**
Retikuloendothel und Salvarsanwirkung. LIII, **569.**

Digitized by Google

Röntgenbestrahlung, multiple Basalzellenkarzinome des Stammes infolge von. 237.
Röntgenologie. 365. (Bsp.)
Röntgenulkus. 410.

S.

Säbelförmige Deformation des linken Beins. 51, 52.
Salluen, schwerer Schock nach. 273.
Salvarsan. 271 ff.
— Wirkung des und Retikuloendothel. LIII, **569.**
— Behandlung der Syphilis mit S. in Wassersuspension. LIII, **868.**
Salvarsanprophylaxe. LIII, **161.**
Salvarsanresistente Syphilis. 428, 429.
Salvarsanschäden. 273 ff., 408.
Sanokrysinbehandlung, Entstehung der Tuberkulide bei. 64.
Sarkoid Boeck. 62, 63.
Sarkoidähnliches Syphilid. 241.
Sarkoide Tumoren im Anschluß an intramuskuläre Quecksilber-Paraffininjektionen. 76.
Sarkomatose der Haut bei einem 18jährigen Mädchen, von einem Ovarialsarkom ausgehend. LIII, **86.**
Säurebasenhaushalt bei Urtikaria und anderen Dermatosen. LIII, **561.**
Schafpockeneffloreszenzen an früheren Hautteststellen. 60.
Schanker, tuberkulöser bei einem Säugling. 236.
— weicher s. Ulcus molle.
Scheidenschanker, zwei harte. 243.
Scheidensekretreaktion bei Gonorrhöe. 351.
Scheidenspekula, selbsthaltende. 358.
Schwangerschaft und Syphilis. 246, 249.
Schwefelbehandlung bei gonorrhöischen Komplikationen. 413.
Seborrhöe. 123.
Sedimentdiagnostik, kolloidchemische. 343.
Sehnervenatrophie, tabische und Luesbehandlung. 259.
Seidenkatheter, Sterilisierung der 354.
Senkungsreaktion und Syphilis. 426.
Serodiagnose der Gonorrhoe. 346, 347.
— und Gonorrhoebehandlung. 414.
Serodiagnose der Syphilis mit aktiven Seren. **161.**
— mittels Reduktionswirkung der Seren. 234.
— technische Verbesserung der. LIII, **88.**
Serologie. 426ff.
Serumbehandlung der gonorrhoischen Gelenkentzündungen. LIII, **88.**
Sexualhormone, Spezifität der männlichen. 421, 426.
Silberpräparate in der Gonorrhoebehandlung. 416, 417.
Skabies. 134, 135.
Sklerodaktylie. 72.
Sklerodermie. 70, 72, 233. LIII, **164.**
— zirkumskripte. 48.
— guttata follicularis mit halbseitiger Gesichts- und Körperatrophie und endokrinen Symptomen. LIII, **227.**
— mit Kalkablagerungen in dem kutanen Gewebe. LIII, **80.**
— Herpes zoster bei generalisierter. 57.
— und Syphilis. 240. LIII, **827.**
— Behandlung der mit Novarsenobenzol. 325.
Skleroedema adultorum. 71.
Skoliose bei Gefäßnaevus. 127.
Skrophuloderma. 50, 51, 410.
Soor, Klinik seltener Formen von. LIII, **5.**
Soorpilz. 336, 337.
Spirochaeta Duttoni im Hirngewebe eines Paralytikers während der Rekurrensperiode. 428.
Spirochaeta pallida. 284 (Bsp.), 427 ff.
— Lebensdauer der. **115.**
— Erhaltung der Pathogenität der nach homologer Superinfektion des latent syphilitischen Kaninchens. LIII. **615.**
— Beziehungen der zu den Haaren. 229.
Spirozid. 269, 270.
Spondylitis syphilitica. 150.
Sporotrichosen. 334, 335.
Sporo-Vakzine, intravenöse Injektion von bei Ulcus molle. 326.
Σ-Reaktion, Vergleich der mit der Wassermann-Reaktion. LIII, **68.**
Staphylokokkenvakzinetherapie. 317.
Statistik, dermatologische. **399.**
Stauung, Kapillardruck und Exsudation. LIII, **628.**
Sternberg-Paltaufsche-Krankheit, spezifische und unspezif. Hautprozesse bei. LIII, **438.**

Digitized by Google

Stovarsol, Behandlung der Paralyse mit Injektionen von natronhaltigem. 325.
Stovarsolan. 269, 270.
Strangurie bei akuter Anilinvergiftung. 422.
Streptokokken-Impetigo und Pityriasis rosea. 408.
Streptokokkus der normalen Haut. 326.
Strichförmige Dermatosen. 127.
Strongyloidesinfektion. 132, 133.
Sublimatinjektionen, Nekrose nach. 261.
Sulfoxylsalvarsan. 272.
Superinfektion. 245, 430.
Syphilide, sekundäre der Haut zugleich mit Tabes. 122.
Syphilis. 79 (Bsp.), 121, 140ff., 225, 240ff., 313, 324, 328ff.; 426ff.
— Erbbiologisches zur. LIII, **842.**
— dynamische Pathologie und Pharmakologie der. 365. (Bsp.)
— Virulenz des syph. Leichenvirus. LIII, **741.**
— syph. Berufsinfektion am Unterschenkel. LIII, **785.**
— Blutbefunde bei S. vor, unter und nach der Behandlung. LIII, **592.**
— Serodiagnose der mit aktiven Seren. **161.**
— Nachweis der Infektion bei Hund, Schaf, Ziege und Lama durch Drüseninfektion. LIII, **1.**
— Beziehungen zwischen tertiärer und Nervenlues auf Grund von Liquoruntersuchungen. **296.**
— framboesiforme. 49.
— S. gummosa faciei. 44, 48.
— tertiäre ulzeröse. 43.
— zosterförmige. 408.
— und innere Medizin. 286. (Bsp.)
— und Sklerodermie. LIII, **827.**
— Behandlung der. 157, 250ff., 327ff.
— Abortivkur der Syph. I seronegativa. LIII, **413.**
— Malariabehandlung der. 154. (Bsp.) 278 ff.
— Behandlung der quartären mit akuten Infektionen. 156. (Bsp.)
— Behandlung der mit Salvarsan und mit Wismut in Wassersuspension. LIII, **368.**
Syphilis congenita 246ff.
— Prophylaxe der. LIII, **516.**
Syphilis congenita tarda. 311.
Syphilis nervosa. 142ff. LIII, **726.**
Syphilisheilserum von Quéry. 262.
Syphiloma anorectale. 151, 152.

T.

Tabakblätter, Hauterkrankung durch. **80.**
Tabes, zugleich mit sekundären Hautsyphiliden. 122.
— juvenile nach Syphilis congenita. 246.
— plötzlicher Atemstillstand bei. 145, 146.
Targesin. 418.
Teleangiektasien, Pathogenese der essentiellen. LIII, **899.**
Tetrophan. 260.
Thallium, essigsaures als Epilationsmittel bei Dermatomykosen. **105.**
— therapeutische Verwendung des außer bei Pilzerkrankungen der Kopfhaare. LIII, **118.**
Thorium-H-Degea, externe Anwendung des und seine Dosierung in der Ekzemtherapie. LIII, **848.**
Thromboangiitis oder Endarteriitis obliterans. LIII, **213.**
Tinea amiantacea, Alibertsche. 135.
Toxikodermia phytogenes. LIII, **686.**
Trichophytie der Haut, oberflächliche atrophisierende. 341.
Trichophyton glabrum, Epidemie durch. 338.
Trichotillomanie. LIII, **208.**
Triparsol. 277.
— bei experimenteller Kaninchensyphilis. 432.
Trophoedem der unteren Orbikularregion. 50.
Trypaflavin, Unterstützung der Lichttherapie durch die sensibilisierende Wirkung des. LIII, **831.**
— intravenöse Anwendung des bei Gonorrhoe. 411, 414.
Trypanosan, Beeinflussung der experimentellen Kaninchensyphilis durch. 427.
Tryparsamide zur Behandlung der Paralyse. 281.
Tuberculum Carabelli und Syphilis congenita. 247.
Tuberkelbazillen und Haut. LIII, **810.**
Tuberkulide. 64.
— papulonekrotische. 410.
Tuberkulinreaktion, Wert und Spezifität der bei Lupösen. LIII, **775.**
Tuberkulose, primäre exogene Infektion der Haut mit T. in ihrer immunisatorischen Bedeutung. LIII, **717.**
— hämatogene des Penis. 353.

Digitized by Google

Tuberkulose, strikturierende der weiblichen Harnröhre. 353.
— tub. Schanker bei einem Säugling. 236.
Tuberkulose der Haut, primäre mit metastatischen periphlebitischen Herden. 66.
— Antivirusbehandlung der. LIII, **12.**
Tumoren, artefizielle durch subkutane Injektion von Mineralölen. 125.
Tutokain. 416.

U.

Ulcus induratum der Wange. 51.
Ulcus molle. 245.
— Einfluß des auf den Verlauf der Syphilis. 242.
— Fiebertherapie des durch Injektion von Sporo-Vakzine. 326.
Ulcus molle-Vakzine. 252, 253, 326, LIII, **620.**
Ultraviolette Strahlen. 324, 325.
Urethritis, Einschlüsse in den Harnröhrenepithelien bei chronischer. **116.**
— Flagellaten-U. beim Manne. 343.
— abacterica infectiosa. 350.
Urologie. 421ff,
Urotropin, bei Gonorrhoe. 411, 412.
Urtikaria chronica recidivans. 49.
— als Folge von Arsenobenzolinjektionen. 273.
— nach Normakol. 47.
— Behandlung der mit Alkali und der Säurebasenhaushalt bei. LIII, **561.**
Urtikaria perstans. 51.
Urtikaria pigmentosa. 121.
Uvalysat. 416.

V.

Vaginale Resorptionsversuche. LIII, **551.**
Vakzine in Pflasterform. 326.
Vakzinetherapie der Gonorrhoe. 355, 420, 421.
— des Ulcus molle. 252, 253, 326, LIII, **620.**
— mit Staphylokokkenvakzine. 317.
Vanadium. 268.
Varizellen, Beziehungen zwischen Herpes zoster und. 57, 59, 123, LIII, **336, 609.**
Venenklappen der Fersenhaut. 48.
Vernes' Reaktion. 435.
Vitiligo, Herxheimersche Reaktion bei. 236.
— Pigmentbildung bei. 138.
— Behandlung der mit ultravioletten Strahlen. 325.
Vulvovaginitis der Kinder. 349.
— Behandlung der mit dem Besredkaschen Filtrat einer Gonokokkenkultur. 354.

W.

Warzen, zugleich mit spitzen Kondylomen im Gesicht. 131.
Wassermannsche Reaktion, Vergleich der mit der Σ-Reaktion LIII, **68.**
— bei Lupus erythematodes. 234.
— Wirkung der Behandlung auf die. 258.
— Einfluß der Opotherapie auf die. **100.**
Wirtschaftsstruktur, Bedeutung der veränderten für die Statistik der Geschlechtskrankheiten. LIII **282.**
Wismutbehandlung der Syphilis. 263ff., 408.
— des Lupus erythematodes. 235.
— mit Wismut in Wassersuspension. LIII, **868.**
— schwere lokale Schädigung nach. 233.
— Auftreten eines syphilitischen Schankers bei W. vor der Ansteckung. 408.
— Ursachen der tiefen Gangrän nach. 325.
— Behandlung der nach intramuskulären Injektionen auftretenden Infiltrate. **894.**
Wismutschmierkuren, Wirkung der bei experimenteller Kaninchensyphilis. 432.

X.

Xanthoma diabeticum. 130.
Xanthomatosis cutis und Hypercholesterinämie. 130, 131.

Z.

Zerebrospinalflüssigkeit, Untersuchung der. 438ff.
— Beziehungen zwischen tertiärer Lues und Nervenlues auf Grund von Untersuchung der. **296.**
Zisternenpunktion. 441, 442.
Zunge, Leukoplakie der. 50, 227, 235.
Zylotropin. 411, 415.

Digitized by Google

Namenregister.

Die fett gedruckten Zahlen bezeichnen Originalartikel.

A.

Abadjieff 438, 441.
Abraham **95**, 360.
Adler 426.
Aebly 417.
Agronik 151, 242.
Aichenwald 145.
Albrecht 432, LIII. **1**.
Alexander, A. 75, 338, LIII. **5**.
Ambrosoli 338, 340.
Aristowa 436.
Armuzzi 126, 429, 438, LIII. **750**.
Arndt 223.
Artom 137, 143.
Arzt LIII. **12**.
Audry 237.
Austmann 133.
Axhausen 136.

B.

Babajew 150.
Bach LIII **707**.
Back-Slutzky 51, 52, 410.
Baer 356.
Baikow 150.
Balbi 345.
Balduzzo 345.
Balog **402**. 414.
Balzer 139.
Barbé 233, 325, 408.
Barber 238, 322.
Bargehr 67.
Baum 313.
Baumann 442.
Beck, A. 254.
Bedson 58.
Behdjet 132, 246.
Beisach 60.
Belote 143, 246.
Bender 354.
Benedek 334, 439.
Benoist 235, 236, 409.
Benon 140.
Berblinger 149.
v. Berde 341.
Beretvis **161**.
Bergel 140, **171**, 229, 232, 368 (P.), LIII **21**.
Berger 48.
Bering 279.
Bernucci 56.
Beron LIII **33**.
Berry 436.
Berson 73, 257.
Bertaccini 151.
Bertrand 127.
Bettmann LIII **38**.
Bezard 325.
Bialek 411.
Bienvenue 234, 320, 321.
Bigland 258.
Birkner 50.
Birnbaum 276.
Bizard 409.
Blaschko 354.
Blatt 55.
Blumenthal 41, LIII **54**.
Blumkin 151.
Boas, H. LIII **68**.
Bobowitsch 151.
Bocage 271.
Boissau 121.
Bonaduce 134.
Bond 277.
Borowsky 410.
Bosellini 432.
Böttger 80 (P.).
Brande 339.
Brandenburg 282.
Brandis 127, 145.
Bratzlawsky 240.
Braun 439.
Briel 62.
Brill LIII **70**.
Briskin 73.
Brocq 318, 364.
Bruck 144.
Brugsch 74.
Bruhns 43, 227, 255, 312, LIII **104**.
Brunauer LIII **91**.
Bruner 264.
Brunet 436.
Brunetti 244.
Bruni 424.
v. Brunn 353.
Bruusgaard LIII **80**, **86**.
Bulkin 352.
Buquicchio 346.
Burckhard 356.
Burger 422.
Burke 149, 248.
Burnier 236, 319, 409.
Buschke 70, 226, 227, 229, 230, 232, 247, 311, 314, 315, LIII **113**, **117**.
Bussalai 130.
Buzak 410.

C.

Cahen 122.
Caillian 121, 235, 236, 408.
Cajigas 437.
Capek 343.
Carle 319, 321.
Cartia 245.
Caspary 418.
Castellino 420.
Catanei 325.
Cavailles 326.
Cazenawe 133.
Chambers 328.
Chatellier 55.
Chesney 256.
Chevallier 408, 409.
Ching Mingchen 255.
Chiurco 341.
Choldejew 60.
Choroschin 331.
Christin 51.
Cilchrist 239 (P.).
Civatte 235, 323.
Cohn, A. **95**, 315, 349, 356, 361.
Cohn, H. 417.
Cole LIII **127**.
Colonieu 325.
Corbillon 325, 408.
Costa LIII **147**.
Couvert 413.
Covisa 63.
Critchley 263.
Cronquist LIII **149**.
Crookshank 328.
Crosti 57, 268, 347.
Cuboni 327.
Culver 412.
Curth LIII **114**.
Czwanoff 51.

D.

Dahlmann 132.
Dahmen 272.
Dalsace 148.
Dand 237.
David 233.
Davies 124.
Debucquet 409.
Delarue 122, 233, 235, 236, 324.
Delbanco 278, 444 (P.) LIII **658**.
Delmas 122.
Devojanz 243.
Devoto 68, 253.
Diamantis 412.
Dietel 254.
Dietrich 264.
Diss 318, 322, 323.
Dittrich 64.
Divella 152.
Djakow 260.
Doczy 127.
Donato 253, 340.
Dawling 67, 123, 124, 242.
Drake 239.
Dreyer 48, 49, 50, LIII **161**.
Driver 281.

Digitized by Google

Du Bois 321.
Dumet 121.
Dupuy-Dutemps 236.
v. Düring 367 (P.).
Duwe 63.

E.

Ehrmann 70, LIII 164.
Eitel 54.
Epstein 141, 420, 421.
Ermilow 441.
Eruchimowitsch 151.
Everett 275.
Evers 432.
Ewins 275.
Ewreison 144.
Ey 436.

F.

Fabry 335.
Faingold 240.
Falkenstein 50, 70.
Fapelson 134.
Feldmann 149, 240.
Felke 56.
Fessler 25.
Fieser 357.
Filliol 123.
Finkelstein 436.
Fischbein 263.
Fischer, G. A. 125.
Fischer, O. 279.
Fischer, W. 229.
Fischer-Ascher 259.
Fischl 248.
Flandrin 408.
Flarer 351.
Fleck 66.
Fletcher 59.
Förster, H. R. 334.
Fox 339.
Francois-Dainville 122.
Franz, R. 78.
Fraser 349.
Frazier 276.
Freemann 282.
Freischmidt 415.
Freund, E. 52, 134, 268, 444 (P.).
Freund, H. 311.
Fried 339, 429.
Friedländer, K. 260.
Friedmann 135, 143.
Frieboes LIII 172.
Friesleben 421.
Frühwald LIII 179.
Fuchs 422.
Fuhs 129, LIII 183, 199.
Fulleborn 132, 133.
Füllenbaum 66.
Funk 43.
Fuss 352.

G.

Gagstatter 414.
Galant 139.
Galewsky LIII 208.
Gammel 281.
Gans 364, 871, LIII 218.
Gárkawi 441.
Garnier 235.
Gaston 234.
Gawalowski 320.
Gay 63.
Gazzarini 419.
Geft 330.
Gellhorn 150.
Giacardy 62.
Gielmann 241.
Gilchrist 80 (P.).
Gimplinger 270.
Ginsburg 273.
Gittmann 265, 433.
Glaubersohn 53, 150.
Gluchowzow 341, 342.
Gluckman 353.
Glynn 257.
Goeckermann 280.
Goergen 352.
Gogower 141.
Goldberger 365.
Goldenberg 51.
Goldhurst 249.
Goldschmied 72.
Golla 439.
Gollossowsker 263, 270, 279.
Golomb 247.
Goodman 262.
Görl 62.
Gorowitz 423.
Gottron 42, 224, 311.
Gougerot 123, 233, 408.
Gouin 234, 320, 321.
Gray 125.
Greibo 354.
Greif 62.
Gribanow 437.
Grossmann 432.
Grshebin 105, 264, 332.
Grütz 367 (P.). LIII 227.
Gumpert 247.
Gurewitz 426.
Gutmann LIII 285.
Guttmann 358.
Guy 246.

H.

Haag 277.
Habermann LIII 246.
Hadden 281.
Hahn LIII 546.
Haim 425.
Halberstaedter LIII 254.
Hallidan 329.
Hankowski 415.
Hanschell 275, 278.
Harrison 358, 359.
Hartmann 129, 341.
Hartog 356.
Haslinger 424.
Hasselmann 55, 140.
Hauck LIII 275.
Haustein 362.
Haxthausen 416.
Hazen 154.
Hecht 346, 350, 362.
Hedén 234.
Heft 249.
Heiner 348.
Heller 152, 232, LIII 282.
Hempel 417.
Herold 412.
Herrmann 439, LIII 285.
Herxheimer 77, LIII 285.
Heuck LIII 756.
Heusch 423.
Hirsch 73.
Hirsch-Tabor 254, 440.
Hirschfeld 421.
Hjin 329.
Hodara 72, 132.
Hoffmann, E. 244, 260, 284, 367 (P.), 429, 444 (P.).
Hoffmann, H. 160 (P.), LIII 298.
Hoffmeister 424.
Hofmann, E. 71, 284, LIII 801.
Holm 262.
Holzknecht 365.
Hopkins 436.
Horder 146.
Horn 280.
Houghton 437.
Hryntschak 419.
Hübschmann 319.
Hudelo 121, 235, 319, 326, 408.
Huet 233.
Hufschmitt 325.
Hull 436.
Hunter 437.
Hutter 269.

I.

Imbert 409.
Immel 355.
Inglis 131.
Ingram 130.
Ironside 246.
Ischewski 260.

J.

Jacobi 42.
Jacoby 349.
Jadassohn 271, 285.
Jaffé LIII 54.
Jahnel 427, 428.
Jähnke 415.

Digitized by Google

Jaja 345.
Jakubson 63.
Jansion 234, 326, 409.
Jean 803.
Jeanselme 234, 236, 319, 409.
Jellin 249.
Jersild 351.
Jesionek LIII 810.
Jessner 156.
Jewesbury 251.
John 327.
Jordan 127, 331, LIII 827.
Joseph, A. 327.
Judin 281.
Judowitsch 276.
Jukelis 332.
Juliusberg 1.
Juster 233, 234, 320, 324, 325.

K.

Kabatschnik 418.
Kadisch 314.
Kafka 439, 442.
Kahn 435, 437.
Kaltenbach 144.
Kamenetzky 438.
Kaplan 326, 438.
Karel 341.
Karnosh 281.
Karrenberg 80, 160 (P.), 342, LIII 507.
Kartagener 95.
Kartamischew 54.
Kaufmann, J. 76, 262
Kaufmann, S. M. 368 (P.).
Kedrow 243, 245.
Keinig LIII 438.
Keller LIII 768.
Kellermann 274.
Kemp 256.
Kendrick 435.
Kihn 156.
Kingsbury 253.
Kiss 435.
Kissmeyer 115.
Kistiakowsky 51, 52, 137, 266, 411.
Kitchewatz 236, 237, 427.
Klebanow 263, 330.
Kleeberg 46.
Klieneberger 147.
Klissiunis 100.
Kloeppel 428.
Klopstock 141.
Klövekorn 302.
Knigge 437.
Kogan-Jassnij 257.
Kogoj 322.
Kohlenberger 288 (P.).
Koljada 50.
Kolle 272, 333.
Komaya 263.
Königsberg 265, 433.
Konrad 289, LIII 831.
Korobitzin 134.
Koschewnikow 352.
Kottmaier 803, 808.
Krakowska 264.
Krantz 49.
Krassowitow 271.
Krauspe 336, 337.
Krayn 48.
Krechel 418.
Kretz 49.
Krey 427.
Kritschewski 270.
Kroiczik 11.
Kroll 130.
Krom 250.
Krüger 243.
Krulle 258.
Krupnikow 62, 65.
Krüskemper 145.
Krzysztalowicz 155.
Kumer LIII 886.
Kuss 123.

L.

Labernadie 409.
Lacapère 250.
Lacassagne 326.
Lambkin 359.
Lançon 122.
Landau 435.
Lange 427.
Langer 147, 255, LIII 118.
Lanteri 345.
Lanzenberg 60.
Lapicheff 245.
Lapschin 350.
Lass 244, 329, 332.
Lasko 127.
Laubenheimer 323.
Laurent 320.
Laurentier 75, 123, 242.
Lauzun 234.
Lebedew 50, 51.
Ledermann 45.
Lefèvre 234.
Legrain 121, 233, 323.
Lehner 78, 434.
Leibfried 424.
Leidig 411.
Leipold 80 (P.), 351.
Lemay 234.
Lenormand 125, 235, 236.
Leonhard 140.
Lesser 231.
Letulle 148.
Leven 414, LIII 842.
Levin, B. 296.
Levin, E. 248, 410.
Lévy, G. 318.
Lévy-Franckel 320, 324.
Lewenko 339.
Lewin, J. 243, 262.
Lewina 148.
Leyberg 254.
Lichtenstern 422.
Linde 151.
Linser LIII 848.
Lippmann 361.
Lipschütz 60, LIII 854.
Lloyd 128, 350.
Loeser 355.
Logan 359.
Löhe 224, 267, 312, LIII 873.
Lombardo 338, 431.
Lomholt LIII 868.
de Long 436.
Lorenz 358.
Lortat-Jacob 121, 233, 236, 323, 408.
Lotte 122, 123, 236.
Louste 122, 233, 235, 320, 324, 325, 408.
Loweiko 73.
Lucke 416.
Lüttge 79.
Lutz LIII 884.
Lwoff 67.

M.

Maccari 252.
Mader 440.
Maderna 437.
Maggiulli 252.
Manteufel 262.
Marañon 79.
Marceron 325, 326, 409.
Marchionini 160 (P.), 343, 424.
Marchisio 241.
Marcozzi 411.
Markus 241, 270.
Martini 279.
Martino 65.
Martmer 60.
Marzochi 134.
Maschkilleison 72, 131.
Masia 129, 323.
Matsumoto 79.
Matuschka 154.
Mayr 323, LIII 890.
Mazzini 435.
Mc Cormac 336.
Mc Gregor 329.
Mc Intosh 76.
Meckel 335.
Medwedew 55.
Meisel 61.
Meirowsky 48.
Melczer 272.
Memmelsheimer 190, 287, 440, LIII 899.

Digitized by Google

Mergelsberg LIII 418.
Merklen 233.
v. Mertz 79, 250.
Meschschtersky 135.
Meyer, J. 121.
Mibelli 273, 330, 335.
Michael 137, 316, 317.
Michaelides 100.
Milian 122, 233, 235, 236, 324, 408.
Minder 413.
Minsker 256.
Mirkin 270.
Miskjian LIII 127.
Mirokjantz 243.
Mitschell 59.
Model 141.
Moncorps 140, LIII 417.
Montemartini 129.
Montlaur 122.
Montpellier 325.
Moreinis 55.
Mornet 122, 235.
Moure 409.
Mras 263.
Mucci 349.
Mühlpfordt 131, 273, 274, 416.
Mulder 142.
Müller, H. 268, LIII 427.
Multza 277.
Mulzer 285, 431, 444 (P.), LIII 438.
Munk 267.
Murray-Will 240.

N.

Naegeli 64.
Nagell 56.
Nalbandow 257.
Nathan LIII 451.
Nestler 54.
Neuberg 335.
Nicolas 323, 326.
Nicole 441.
Nicolsky 325.
Nieuwejaar 436.
Noeggerath 257.
Noel 325.
Noguchi 443 (P.).
Noher 272.
Nothaas 428.
Novel L III 63.

O.

O'Donovan 237.
Oelze LIII 457.
O'Leary 280.
Ohah 65, 353.
Olessew 66.
Oliver 135.
Ollendorff 70.
Oppenheim 354, LIII 464.
Oppenheimer 423.
Orleanski 148.
Orlow 429, 432.
Ortner 146.
Ossipijantz 261.
Ostrowski 141.

P.

Pachur LIII 778.
Pais 69.
Paldrock 69.
Palverini 67.
Panow 894.
Panton 251.
Panzel 131.
Papitow 345.
Parfenenkoff 241.
Parker 280.
Paschkow 411.
Pasini 430, 431.
Pautrier 318, 319, 320, 321, 322, 323, 325.
Pawloff 54, 160 (P.) 242.
Payenneville 320.
Peck 95 253.
Pecker 234, 326, 409, 441.
Pehur 138.
Peli 346, 435.
Per 339.
Perdrau 57.
Périn 324, 408.
Perkel 269, 270.
Perutz 59.
Peter 68.
Petges 80 (P.), 318, 322.
Petranich 280.
Petroff 60.
Petschnikoff 420.
Peyri 318.
Photinos 326.
Piccardi 244, 266, 431, 434.
Pierangeli 411.
Pinard 121, 324, 325, 408.
Pinkus 288 (P.), 312, 316, 366 (P.).
Platowski 142.
Plaut 160 (P.), 429.
Plehn 283.
Plotkina 67.
Poehlmann 258.
Polland LIII 468.
Pollano 246.
Poplawsky 50, 241.
Popoff 139.
Porosz 412.
Porter 73.
Pospelow 65.
Poplansky 410.
Porudominsky 344, 407, 420.
Poumeau-Delille 408.
Pozzo 266.
Price 146.
Prieto 320.
Prokoptschak 147.
Pugh 350.
Pulvermacher 43, 47, 365.

R.

Rabut 121, 319, 326.
Rachmanow 247.
Radaeli 63.
Radnai 66.
Radó 413.
Ragazzi 265.
Ragonneau 326.
Rajka 78, 434, LIII 628.
Ramel 322, LIII 482.
Rasdolski 146.
Rauschkolb LIII 127.
Ravaut 122, 125, 233, 271, 320.
Reisner LIII 496.
Richter, M. 56.
Richter, W. 42, 219, 262.
Riddoch 252.
Rille 80 (P.).
Ritter LIII 507.
Robert-Cahen 233, 235, 236, 324.
Roberts 257.
Robinowitsch 51.
Robustow 144.
Rosenfeld 267, 422, LIII 373.
Rosenheim 354.
Rosenthal, F. 46, 47.
Rosenthal, O. 80 (P.), 314.
Rosner 154.
Rossi, G. 64.
Rossow 329.
Rost LIII 768.
Rothmann 444 (P.).
Rotstein 329.
Rottmann LIII 516.
Rosburgh 58, 76, 238.
Rudnitzki 332.
Ruete 56, LIII 522.
Ruge 255, 276.
Russell 359.

S.

Saalfeld, E. 40, 257, LIII 533.
Saalfeld, U. 399.
Sachs 141, 414, 416.
Saigraeff 415, 417.
Saks 329.
Salomon 49.
Salzmann 105, 250.
Samaan 326.
Samberger 322.
Samsonow 273.

Digitized by Google

Sannicandro 240.
Santalow 68.
Saskin 418.
Sata 368 (P.).
Saynisch 352.
Schaef 262.-
Schaeffer, H. 264.
Schamberg 433.
Schapiro 421, 426.
Schatilow 148.
Schaumann 234.
Scheele 422.
Scherber 277.
Schindler 272.
Schirwindt 247.
Schischow 418.
Schlesinger, H. 286.
Schleyer LIII 741.
Schlüter 119.
Schmalz 248.
Schmidt, W. J. 357, LIII 585.
Schmidt-Ott 427.
Schmitz, H. 116.
Schmutte 425.
Scholl 423.
Scholtz 128, 274, LIII 775.
Schönfeld 427, LIII 551.
Schreiner 444 (P.).
Schreus 327, LIII 561.
Schuhmacher 271.
Schumacher, C. LIII 778.
Schumacher, J. LIII 569.
Schulte 128.
Schulten 412.
Schürer 366.
Schütze 127.
Scott 336.
Selbach 49.
Selisky 242.
Selmanowitsch 333.
Semon 239.
Sézary 233, 235, 236, 325, 408, 409.
Sieben 261.
Siebert 361, 417.
Siedner 416.
Siegl 57.
Sielberg 245.
Siemens LIII 575.
Silaenkow 434.
Silbermann 426.
Silzer 357.
Simons LIII 275.
Sirota 274.
Skljar 145, 265.
Slutzky 410.
Smelow 277.
Sobolew 64.
Sollgruber 247.
Sorikson 270.
Spicca 346.
Spiethoff 160 (P.), 283. LIII 592.
Sprenger LIII 427.
Springmann 260.
Sprinz 368 (P.).
Steel 441.
Stein, A. 53.
Stein, L. 261.
Stein, R. O. LIII 609.
Steiner 76.
Stern, F. LIII 451.
Sternberg 267.
Stewart 75.
Stokes 259.
Stolze 422.
Strauß 425.
Strempel 180, LIII 615.
Stümpke 66, LIII 620.
Suchareff 276.
Suchowa 142, 144.
Sutejew 74.
v. Szentkiraltyi 428.

T.

Tarsis 894.
Thalmann 357.
Thibaut 122, 236.
Thomson 124.
v. Thurzo 439.
Timefejeff 420.
Tinker 142.
Tischnenko 11, 52.
Tod 349.
Tommasi 72.
Tornabuoni 344, 433.
Török LIII 628.
Torssnew 261.
Touton 54, 443 (P.), LIII 638.
Trausel 354.
Trautmann 440.
Treuherz 69.
Trommer 254.
Truffi 337.
Tscherkes 138.
Tschumakow 70.
Tuchschnid 424.

U.

Uhlenhuth 80 (P.), 432.
Uhlmann 138.
Ulrich 144.
Unna sen. 153.
Unna, jun. LIII 658.
Uskansui 66.
Uttendörfer LIII 427.

V.

Valdiguié 75.
van der Valk LIII 668.
Vanbockstael 122, 233, 235, 236, 324, 408.
Veiel LIII 674.
Vercellino 342.
Vernier 325, 408.
Vibert 122.
Vicu 237.
Vigne 234.
Villemin 234.
di Vittorio 252.
Volk LIII 682.
Vollmar 440.
Vonkennel 265, 356.

W.

Wagner-Jauregg 367 (P.).
Wainstein 279.
Wallon 324.
Walter 53, 61.
Walthard LIII 692.
Walther 351.
Wassiljewa 894.
Watrin 319.
Weber 123, 136, 237.
Wein 243, 250.
Weiß 327, 439.
Werr 368 (P.).
Werwath 424.
Wessely LIII 628.
Westphal LIII 707.
v. Westphalen 136, 333.
Wichmann 434, 441, LIII 717.
Wieder 138.
Wiedhopf 353.
Wikker 150.
Wile 143.
Wilson, G. 281.
Wilson, R. M. 68.
Wirz LIII 726.
Wischnepolsky 51.
Witteber LIII 785.
Wlassow 350.
Wolff, C. 141.
Wolpian 419.
Worms 262.
Worobjeff 66.
Woronow 71.
Wort 328.
Wreszynski 61, 344.

Y.

Yokohata 353.

Z.

Zelitschew 270.
Zentmayer 423.
Zibordi 411.
Zieler 362.
Zimmern 233.
Zinsser 50.
v. Zumbusch 61.
Zurhelle LIII 741.

Digitized by Google

Juli 1928

Dermatologische Zeitschrift

Berichtsorgan der Berliner Dermatologischen Gesellschaft

Begründet von O. LASSAR

Unter Mitwirkung von

A. Alexander-Berlin; **J. Almkvist**-Stockholm; **Ed. Arning**-Hamburg; **F. Bering**-Essen; **S. Bettmann**-Heidelberg; **Fr. Blumenthal**-Berlin; **H. Boas**-Kopenhagen; **C. Bruck**-Altona; **C. Bruhns**-Berlin; **E. Bruusgaard**-Kristiania; **J. S. Covisa**-Madrid; **C. Cronquist**-Malmö; **J. Darier**-Paris; **K. Dohi**-Tokio; **J. Fabry**-Dortmund; **W. Frieboes**-Rostock; **R. Frühwald**-Chemnitz; **O. Gans**-Heidelberg; **W. Gennerich**-Kiel; **C. Grouven**-Halle; **C. Gutmann**-Wiesbaden; **R. Habermann**-Hamburg; **L. Hauck**-Erlangen; **J. Heller**-Berlin; **W. Heuck**-München; **H. Hübner**-Elberfeld; **F. Jahnel**-München; **A. Jesionek**-Gießen; **A. Jordan**-Moskau; **F. Juliusberg**-Braunschweig; **W. Kolle**-Frankfurt; **P. Linser**-Tübingen; **H. Löhe**-Berlin; **R. Matzenauer**-Graz; **H. Meyer**-Bremen; **E. Meirowsky**-Köln; **G. Miescher**-Zürich; **P. Mulzer**-Hamburg; **E. Nathan**-Nürnberg; **G. Nobl**-Wien; **A. Pasini**-Mailand; **F. Pinkus**-Berlin; **R. Polland**-Graz; **C. Rasch**-Kopenhagen; **E. Riecke**-Göttingen; **G. Rost**-Freiburg; **A. Ruete**-Marburg; **E. Saalfeld**-Berlin; **G. Scherber**-Wien; **W. I. Schmidt**-Gießen; **W. Scholtz**-Königsberg; **W. Schönfeld**-Greifswald; **H. Th. Schreus**-Düsseldorf; **H. W. Siemens**-München; **B. Spiethoff**-Jena; **C. Stern**-Düsseldorf; **A. Stühmer**-Münster; **G. Stümpke**-Hannover; **L. Török**-Budapest; **P. Uhlenhuth**-Freiburg; **H. Vörner**-Leipzig; **J. Werther**-Dresden; **Ch. J. White**-Boston; **K. Zieler**-Würzburg; **F. Zinsser**-Köln; **L. von Zumbusch**-München; **E. Zurhelle**-Bonn

und in Gemeinschaft mit

G. Arndt Berlin — **L. Arzt** Wien — **B. Bloch** Zürich — **A. Buschke** Berlin — **K. Herxheimer** Frankfurt — **V. Klingmüller** Kiel

Herausgegeben von

Erich Hoffmann

Bonn

Die „Dermatologische Zeitschrift" erscheint in monatlichen Heften, von denen 6 einen Band bilden.
Der Abonnementspreis für diesen Band beträgt M. 24.—.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Band 52 | **Juni 1928** | **Heft 6**

Alle Rechte vorbehalten.

INHALTSVERZEICHNIS:

Seite

I. Die Dermatologie in den Vereinigten Staaten von Amerika. Von *Oscar Gans*-Heidelberg 369

II. Zur Frage der Behandlung der nach intramuskulären Hg- und Bi-Injektionen auftretenden Infiltrate. Von *F. I. Tarsis, W. P. Panow* und *N. M. Wassiljewa*-Odessa 394

III. Zur dermatologischen Statistik (unter besonderer Berücksichtigung der Recklinghausenschen Krankheit und der Myome). Von Dr. *Ulrich Saalfeld*-Berlin 399

IV. Die Behandlung des hypertrophischen und ulzerösen Lupus mit Neosalvarsan. Von Dr. *Paul Balog*-Kairo 402

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie. Sitzung vom 10. XI. 1927 408

Gesellschaft für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Kiew. Sitzung vom 24. XII. 1927 410

Periodische Literatur. Zusammengestellt von Dr. *Arthur Alexander*-Charlottenburg . . . 411

Zum 70. Geburtstage von Prof. Dr. Karl Touton 443

Hideyo Noguchi † 443

Personalien und Tagesnachrichten 444

Sachregister für Band 52 und 53 445

Namenregister für Band 52 und 53. 456

Titel und Inhaltsverzeichnis zu Band 52.

BERLIN 1928

VERLAG VON S. KARGER

KARLSTRASSE 39

Für die Redaktion bestimmte Manuskripte, Zuschriften, Dissertationen und Sonderabdrucke, letztere beide gefl. in 2 Exemplaren, werden an die Adresse des Redakteurs Prof. Dr. *E. Hoffmann* in Bonn a. Rh., Meckenheimer Allee 18, erbeten; Referate an Dr. *Arthur Alexander*, Berlin W 15, Lietzenburgerstr. 16[1].

Die Einbanddecke zu diesem Bande kann durch die Buchhandlung bezogen werden, die die Zeitschrift liefert.

Digitized by Google

SPIROCID

(4-Oxy-3-acetylamino-phenylarsinsäure)

zur **innerlichen Darreichung**

bei **Syphilis**

und **anderen der Arsentherapie zugänglichen Erkrankungen:**

Framboësie, Plaut-Vincentsche Angina, Amöbendysenterie, Hauterkrankungen, Anämie usw.

Anwendung nach Vorschrift und unter Kontrolle des Arztes

Handelsform: Glas mit 30 Tabletten zu 0,25 g
Für die Kinderpraxis: Glas mit 50 Tabletten zu 0,01 g
Originalpackung »Hoechst«

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Pharmazeutische Abteilung „*Bayer-Meister Lucius*"

Schwefel-Diasporal

Hochdisperser kolloidaler Schwefel
für alle Anwendungsgebiete des Schwefels

1. *Schwefel-Diasporal A,* 10% S als Kolloidlösung:
   Zur Herstellung von S-Salben, S-Cremes, Aqua Kummerfeldii, Tinctura antiseborrhoica und Schwefelbädern.
2. *Schwefel-Diasporal intravenös:* Rheumatische Leiden.
3. *Schwefel-Diasporal intramuskulär:* Gelenkleiden.
4. *Schwefel-Diasporal-Tabletten:* 1 Tablette = 1 mg S (D 3): Drüsenschwellung, Furunkulose, Akne, Erkältungskrankheiten, zur Steigerung der Zellfunktion.
5. *Jodschwefel-Diasporal-Tabletten:* 1 Tablette = 1 mg S_2J_2: Furunkulose, Akne, chronische Ekzeme, Ulcus cruris, Hypertrophie der Rachenmandeln, Drüsenschwellung.

(Deutsche medizinische Wochenschrift 1926/49.)

Proben und Literatur kostenfrei

Chemisches Werk Dr. Klopfer G. m. b. H., Dresden

Digitized by Google

Soeben erschien:

KURZES HANDBUCH DER GESAMTEN

RÖNTGEN-DIAGNOSTIK UND -THERAPIE

mit einem Anhang über die

THERAPEUTISCHE VERWENDUNG RADIOAKTIVER SUBSTANZEN

In Verbindung mit

ERNST ANDERSEN-Kiel — WILLY BAENSCH-Leipzig — FRITZ DAUTWITZ-Amstetten — ALBERT WILH. FISCHER-Frankfurt a. M. — HEINRICH FRANKE-Hamburg — HEINRICH FRIEDRICH-Erlangen — WILLY HAAS-Erlangen — GERHARD HAMMER-Köln — KARL HAUENSTEIN-Erlangen — RICHARD HESSBERG-Essen — FRIEDRICH JAMIN-Erlangen — PAUL KARGER-Berlin — PAUL KRAUSE-Münster — HANS KÜSTNER-Göttingen — ANDREAS PRATJE-Erlangen — ERICH SAUPE-Dresden — ERICH SCHMIDT-Stuttgart — WALTER SCHMIDT-Göttingen — WERNER TESCHENDORF-Köln — EMIL WEHEFRITZ-Göttingen — WALTER WEIGELDT-Leipzig

herausgegeben von

GERD KOHLMANN

OLDENBURG i. O.

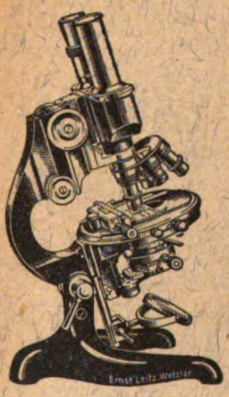
XVI und 917 Seiten Lex.-8°. Mit 773 Abbildungen im Text und 8 Tafeln

Geheftet M. 53.—, gebunden M. 58.—

Aus dem Vorwort:

„Das Buch soll in erster Linie praktisch-klinischen Zwecken dienen, es soll weder ein Bilderbuch noch eine Raritätensammlung sein; stets soll der kranke Mensch im Vordergrunde stehen."

MEDIZINISCHER VERLAG VON S. KARGER, BERLIN NW 6



Leitz

Mikroskope, Mikrotome, Mikrophotographische Apparate, Projektionsapparate.

Ein hervorragendes diagnostisches Hilfsmittel für Dermatologie.

Leitz

neue bizentrische Dunkelfeldkondensoren.

Sie bieten eine bisher unerreichte Sichtbarkeit gefärbter u. ungefärbter Bakterien.

Für Lues- und Gonorrhöe-Diagnosen unentbehrlich.

Verlangen Sie kostenlos Liste Nr. 2507.

Ernst Leitz, Optische Werke, Wetzlar.

Digitized by Google

Afenil

(Calciumchlorid-Carbamid.)

Ampullen zu 10 ccm (RM. 1.40).
1 Spitalp. mit 5 Amp. (RM. 4.20).

Gutverträglich ohne Reizerscheinungen zur intravenösen Kalktherapie.

Indikationen:

Asthma bronchiale, Heufieber, Nebenerscheinungen der antiluischen Arsentherapie, ferner angezeigt

bei Urtikaria.

KNOLL A.-G.
Ludwigshafen a. Rh.

BUCCOSPERIN

(dragierte Tabletten)

Bestandteile: Extr. Bucco, fol. Uvae ursi, Acetylsalicylsäure, Salol, Benzoesäure. Hexamethylentetramin, Camph. monobrom, Ol. menth. u. andere Öle.

Perorales Antisepticum und Antiphlogisticum des gesamten Uro-Genital-Tractus:

Gonorrhoe, Urethritis, Cystitis, Pyelitis, Prostatitis, Spermatocystitis, Epididymitis. Wertvolles Adjuvans bei allen Unterleibsbeschwerden der Frau.

Kassen zugelassen!

3stündlich 1—2 Tabletten mit oder sofort nach Nahrungsaufnahme. — K. P. (40 Stück) M. 1.50, 1/1 Schachtel (80 Stück) M. 3.—.

Literatur und Proben.

Dr. R. Reiss

Rheumasan- u. Lenicet-Fabrik

Berlin NW 87 / D. Z.

Pierersche Hofbuchdruckerei Stephan Geibel & Co. in Altenburg, Thür.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Date Due

Digitized by Google

3 5558 002 499 149

v.51/52,1927/28 106280

v.51/52,1927/28 106280

Dermatologische zeitschrift

DATE	ISSUED TO

Dermatologica

THE ARCHIBALD CHURCH LIBRARY
NORTHWESTERN UNIVERSITY MEDICAL SCHOOL
303 East Chicago Avenue
Chicago -:- Illinois

Digitized by Google